

113, 735. a.

КЪ ВОПРОСУ

О

ПОЛНОМЪ И ПОЧТИ ПОЛНОМЪ УДАЛЕНИИ  
ОБЪИХЪ ВЕРХНИХЪ ЧЕЛЮСТЕЙ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ

ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

АЛЕКСАНДРА МАРТЫНОВА

(изъ Ставрополь-Кавказскаго)

АССИСТЕНТА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ.

ОППОНЕНТЫ :

Проф. д-ръ В. Кохъ. — Проф. д-ръ А. Губаревъ. — Д-ръ мед. Г. Адольфи.

ЮРЬЕВЪ.

ПЕЧАТАНО ВЪ ТИПОГРАФИИ К. МАТИСЕНА.

1894.

11.11.22

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго факультета Императорскаго  
Юрьевскаго Университета.

Юрьевъ, 19 Ноября 1894 г.

№ 767.

Деканъ: С. Васильевъ.

# Своимъ милымъ братьямъ и сестрамъ

посвящаетъ этотъ трудъ

ихъ благодарный братъ.

2 124701

Г-ну Профессору W. K o s h, въ клиникѣ котораго я имѣю честь состоять ассистентомъ, я выражаю искреннюю благодарность какъ за предложенную тему такъ и за совѣты, которые я отъ него получалъ при исполненіи этой работы.

Проф. Н. Н. С к л и ф о с о в с к о м у за указаніе его случая, описаннаго въ Лѣт. Хир. Общ. въ Москвѣ; проф. А. А. Б о б р о в у за сообщеніе о 3 оперированныхъ имъ и еще повидимому не опубликованныхъ случаяхъ; Dr. Laue n-stein'у въ Гамбургѣ за присылку мнѣ скорбнаго листа оперированнаго имъ и не опубликованнаго еще случая; проф. K ü s t e r'у въ Марбургѣ за скорбный листъ оперированной имъ больной считаю пріятнымъ долгомъ засвидѣтельствовать мою глубокую признательность.

Глубоко тронутый особенно любезнымъ вниманіемъ какъ Dr. S e r v a i s въ Бельгiи, приславшаго мнѣ подробное описаніе своего случая, снабженное фотографическимъ снимкомъ больнато до и послѣ операціи, такъ и пр. L. F a r a b e u f'а въ Парижѣ, не только сдѣлавшаго мнѣ указаніи относительно случая Peán въ Bull. de l'Ac. d. Med. d. Paris, но любезно взявшаго на себя инициативу написать Dr. Servais о высылкѣ мнѣ его случая, я прошу ихъ принять отъ меня самую горячую благодарность.

Двухстороннее удаление верхней челюсти должно быть отнесено къ числу рѣдкихъ операцій: въ то время, какъ резекція одной верхне-челюстной кости принадлежитъ къ довольно обыкновеннымъ операціямъ и встрѣчается почти въ каждой хирургической клиникѣ можетъ быть ежегодно по нѣскольку разъ, — по Dr. Rabe Zeitschr. f. Ch. B. III. 1873. S. 300 съ 1827 по 1873 г. 323 резекцій, — случаевъ удаленія обѣихъ верхне-челюстныхъ костей при всѣхъ усиліяхъ я могъ собрать только 41.

Однако, какъ не рѣдка эта операція и какъ ни настаиваютъ нѣкоторые авторы, напримѣръ. *Stromeyer*, на необходимости совершенно изгнать ее изъ системы хирургическаго лѣченія, все таки въ практикѣ встрѣчаются случаи, необходимо требующіе ее. Между тѣмъ въ литературѣ почти не существуетъ работъ, посвященныхъ специально этой операціи, кромѣ *Braun Ueber totale doppelte Ob.* k. r. *Langenb. Ar. XIX* и *J. F. Heyfelder Amp. u. Res.* и это послѣднее обстоятельство было причиной, почему я охотно взялся за обработку этой темы, любезно предложенной мнѣ пр. *W. Koss* для моей диссертациі.

Впервые была произведена эта операція въ 1844 году *Heyfelder*'омъ въ *Erlangen*. Опъ-же имѣлъ случаи повторить ее въ 1850, 1852, 1859 годахъ. Затѣмъ до 1894 г.

она была произведена 41 разъ. (См. таблицу и исторіи болѣзни). Операция эта на 17 л. моложе, нежели односторонняя резекція, впервые произведенная въ 1827 г. Gensoul въ Ліонѣ. Конечно, и въ этотъ 17-лѣтній промежутокъ не было недостатка въ показаніяхъ къ двусторонней резекціи. Что-же удерживало хирурговъ отъ исполненія ея? На этотъ вопросъ, мнѣ кажется, можно отвѣтить такъ: во первыхъ сама резекція одной челюсти, изъ которой, конечно, развилась двухсторонняя, являлась еще слишкомъ новою; во вторыхъ представление о дѣйствительно колоссальной ранѣ, получаемой по вынутіи обѣихъ челюстей, пугало даже славныхъ дѣятелей на поприщѣ хирургіи того времени и только 1-й случай J. F. Neufelder показалъ, что опасность этой раны далеко не соответствуетъ ея размѣрамъ. Самое-же главное-это третье соображеніе, что результатъ односторонней резекціи при злокачественныхъ новообразованіяхъ, наичаще показующихъ операцию, были настолько неутѣшительны, что казалось благоразумнѣе предоставить больнаго самому себѣ, нежели подвергать его риску такой опасной операции, безъ всякой надежды предотвратить рецидивъ. Последнее соображеніе, къ сожалѣнію, слишкомъ часто оказывается справедливымъ, но во всякомъ случаѣ не абсолютно. Съ послѣднимъ мнѣніемъ согласенъ и B o s s e въ своей диссертации, говоря на стр. 55: „der Erfolg jedenfalls ein guter zu nennen ist“.

Ниже я дѣлаю попытку на основаніи разсмотрѣнія собранныхъ случаевъ рѣшить вопросъ о допустимости этой операции.

## I. Хирургическо-анатомическія замѣчанія.

Верхняя челюсть состоитъ изъ 2-хъ парныхъ верхнечелюстныхъ костей, составляющихъ главную опору для большинства мягкихъ частей лица. Каждая изъ этихъ костей

приближается по формѣ болѣе или менѣе къ кубу и при помощи отростковъ соединена неподвижно (синостозы) съ 9 костями лица и черепа: лобною, рѣшетчатою, носовою, скуловою, слезною, небною, нижней носовой раковиной, сошникомъ и верхне-челюстною костью другой стороны. По оригинальности своего устройства верхне-челюстная кость можетъ быть сравнена только съ рѣшетчатою — и тамъ, и здѣсь при значительномъ объемѣ содержится сравнительно очень немного костнаго вещества, что на верхней челюстной кости объясняется главнымъ образомъ наличностью полости — *Antr. Highm.*, заключенной въ тѣлѣ кости. Передняя стѣнка этой полости, — *superf. facialis*, имѣетъ въ общемъ направленіи снизу и сверху, кнаружи и кзади, отдѣляется сверху отъ *superf. orbit.* посредствомъ *margo infraorb.*, латерально — отъ *superf. infratemp.* посредствомъ *linea malaris*, медиально — отъ *sup. nasalis* — посредствомъ края *incisurae pyriformis*, и внизу — неясно — выраженной линіей, соответствующей началу верхнихъ зубныхъ ячеекъ, отъ *pr. alveol.* На 7—8 mm. ниже нижнеглазничнаго края (Б о б р о в ъ) по вертикальной линіи, проходящей между 1. и 2. коренными зубами находится важное для хирурга отверстіе для п. а. и v. *infraorbitales*, которые перерѣзываются при первомъ-же актѣ операции. Нѣсколько ниже этого отверстія замѣчается легкое вдавленіе *fossa canina*, сглаживаніе которой есть одинъ изъ первыхъ признаковъ ненормальнаго растяженія Гайморовой полости жидкостями или опухолями.

Глазничная поверхность *sup. orbital.*, верхняя стѣнка Гайморовой полости, составляетъ вмѣстѣ съ *superf. orbitalis* слезной, *proc. orbit.* небной и *lamina papyracea* рѣшетчатой костей нижне-внутреннюю стѣнку глазницы. Пластинка, составленная изъ всѣхъ этихъ костей настолько тонка и хрупка, что безъ труда разламывается послѣ раздѣленія другихъ костныхъ связей верхней челюсти; по той-же причинѣ она легко выпячивается въ полость глазницы опухолями верхней челюсти. Ея граница съ задне-наружной

стороны образована ниже-глазничной щелью (*fiss. orb. inf.*), отдѣляющей здѣсь верхнюю челюсть отъ большаго крыла клиновидной кости. *Fiss. orb. inf.* направляется снутри и сзади кнаружи и впереди, но не доходить до свободнаго края глазницы приблизительно на  $1\frac{1}{2}$  см. (Бобровъ) и имѣть въ среднемъ  $2\frac{1}{3}$ ''' ширины, но можетъ суживаться до 1''' и расширяться до 5''' (Os. Heyfelder). Вся щель затянута пластинкой изъ волокнистаго хряща и соединительной ткани, переплетенной со многими гладкими мускульными волокнами (Linhard Operationslehre Wien 1862). Приблизительно отъ середины ниже-глазничной щели по дну глазницы спереди назадъ проходитъ бороздка, превращающаяся въ переднемъ отдѣлѣ въ каналъ и открывающаяся въ *for. infraorbit.* Бороздка эта воспринимаетъ нервъ, вену и артерію соотвѣтствующаго названія.

*Fissura orb. inferior* важна для хирурга по той причинѣ, что служить для проведенія цѣпочной пилы и вообще опредѣляетъ направленіе дѣйствія инструментовъ при раздѣленіи наружнаго костнаго соединенія верхней челюсти. Тотъ же интересъ представляетъ *canalis naso-lacrim.*, лежащій на внутренней стѣнкѣ глазницы тотчасъ позади заостреннаго верхне-внутренняго конца *m. infraorb.* Онъ образованъ слезной бороздкой верхней челюсти, слезной косточкой и слезнымъ отросткомъ нижней носовой раковины, соединяетъ полость глазницы съ полостью носа и открывается въ нижнемъ носовомъ проходѣ подъ переднимъ концомъ нижней носовой раковины. Зондъ, введенный въ этотъ каналъ, приходится верхнимъ своимъ концомъ какъ разъ на *incis. supraorbital.*

*Fossa lacrum.* слезной кости образована тонкой и провѣчивающей какъ листокъ бумаги костной пластинкой, чѣмъ и пользуется иногда хирургъ для проведенія цѣпочной пилы подъ весь корень носа (*Maisonneuve*) и отпиливанія обоихъ носовыхъ отростковъ вв. челюстей вмѣстѣ. При этомъ, конечно, перерѣзываются перепончатые *ductus resp. canalis-*

*naso-lacrymalis*, смотря по высотѣ разрѣза, но это не имѣетъ существеннаго значенія, ибо слезы свободно стекаютъ въ ново-образованную полость (Ried).

*Superf. nasalis* представляетъ весьма тонкую пластинку, отдѣляющую полость носа отъ Гайморовой полости. На ней приблизительно на 2 см. выше дна носовой полости и параллельно ему пробѣгаетъ *crista turbinata*, служащая мѣстомъ прикрѣпленія нижней носовой раковины. Последняя образуетъ съ дномъ носовой полости нижній носовой проходъ; въ среднемъ носовомъ проходѣ между нижней и средней носовыми раковинами находится отверстие, соединяющее Гайморову полость съ носовою и на живомъ обыкновенно едва пропускающее самый тонкій зондъ.

Благодаря крайне незначительной толщинѣ этой пластинки опухоли *antri Highmori* легко разрушаютъ ее и переходятъ въ полость носа, закупоривая ее и, наоборотъ, опухоли носовой полости безпрепятственно вростаютъ въ Гайморову полость. Съ другой стороны податливость этой пластинки представляетъ благопріятное условіе для пробнаго прокола иногда необходимаго для распознаванія.

Посредствомъ *linea malaris s. buccalis*, идущей отъ *pr. zygomat.* къ промежутку между *Dens praemol II* и *mol I* отъ *superf. facial* отдѣляется часть, которую называютъ *superf. infratemporalis*. Она представляется въ видѣ бугра съ неровными шероховатыми стѣнками (*Tuber maxill. sup.*), пронизанными многочисленными отверстиями для *art. v.* и *n. alveolar. post. sup.* Эта задняя поверхность в. челюстной кости принимаетъ участіе въ образованіи *fossae spheno-maxillaris* и задне-внутренней своей стороною соединяется при посредствѣ отвѣсной части небной кости (*pars perpend. os. palat*) съ крыловиднымъ отросткомъ клиновидной кости. Съ послѣднимъ она образуетъ *can. pterygo-palat.*, ведущій изъ одноимянной ямки въ полость рта и служащій для прохода соотвѣтственныхъ артерій, вены и нерва. Здѣсь-же между тѣломъ клиновидной кости (*os*

sphenoid) и виллообразно расщепленными верхними концами отвѣсной части небной кости лежитъ *for. sphenopalatin*, ведущее въ полость носа.

Изъ отростковъ верхней челюсти особенный интересъ представляетъ для хирурга *pr. zygomaticus*, соединенный съ *os zygomat.* При раздѣленіи костныхъ соединеній верхней челюсти инструментъ хирурга встрѣчаетъ здѣсь самое значительное сопротивление.

*Pr. nasal.* хотя и состоитъ тоже изъ компактной костной массы, но настолько тонокъ, что легко уступаетъ дѣйствию пилы, долота или костныхъ ножницъ.

*Pr. palatini* обѣихъ сторонъ вмѣстѣ образуютъ тонкую пластинку, которой толщина впереди са 4 mm., сзади около горизонтальной части небной кости менѣе 1 mm. и поэтому раздѣленіе его не представляетъ затрудненія, тѣмъ болѣе, что онъ обыкновенно или разрушенъ опухолью или весьма размягченъ. Также относится и къ *pr. alveolar.*, который имѣетъ губчатое строеніе и одѣтъ тонкой (1—1½ m.) костной оболочкой.

Носовая полость, заключенная между двумя верхними челюстями представляется въ видѣ трехгранной пирамиды, которой основаніе есть верхняя сторона сросшихся *prg. pal.* и горизонтальныхъ отростковъ небныхъ костей, притупленная вершина образована впереди *lamina cribrosa os. ethm.* и позади — тѣломъ *os. sphenoid.* Здѣсь часто наблюдается прободеніе тонкой *lam. cribrosa* опухолью, которая затѣмъ распространяется на мозговую оболочку.

Боковые стороны образованы носовыми костями, носовыми отростками верхней челюсти и внутренней стѣнкой *orbitae* и Гайморовой полости. Назади въ постройкѣ боковыхъ сторонъ принимаетъ участіе *pars. perp. os. pal.*, соединяющая задній отдѣлъ верхней челюсти съ *prg. pteryg.* клиновидной кости. Связь эта настолько хрупка, что простаго надавливанія сверху на верхнюю челюсть обыкновенно достаточно для ея разобщенія, если верхняя челюсть уже отдѣлена отъ прочихъ костей.

Входъ въ полость носа образованъ спереди *apertura pyriform.*, сзади хоанами. Перпендикулярной пластинкой, состоящей изъ сошника (*vomer*) снизу, *lam. perp. os. ethm.* сверху и *cart. quadrangular.* спереди, вся носовая полость дѣлится на 2 приблизительно равныя по объему половины. Пластинка эта легко отрѣзается отъ дна носовой полости обыкновенными ножницами. На боковой сторонѣ прикрѣплены 3 носовыя раковины, изъ которыхъ 2 верхнія принадлежатъ рѣшетчатой кости, а нижняя является самостоятельной костью; такимъ образомъ получаются 3 носовыхъ хода. Въ верхній открываются заднія клѣточки *os. ethm.*; въ среднемъ открываются лобная полость въ передней его части и челюстная въ задней. Здѣсь же сообщеніе съ передними клѣточками *os. ethm.*

Пространство позади верхней челюсти, ограниченное сверху скуловой дугою, спереди задней поверхностью верхней челюсти и сзади крыловидными отростками, носитъ названіе *fossa sphenomaxillaris*, а болѣе глубокая ея часть, вдающаяся въ видѣ суживающейся книзу щели между крыловидными отростками *os. sphen.* и верхней челюстью называется *fossa pterygo-palatina*. *Fossa sphenomaxillar.* сообщается съ глазницей черезъ *fiss. orb. inf.*, а *fossa pterygo-pal.* съ полостью носа — черезъ *for. sphenopalat.*, съ полостью рта — черезъ *can. pterygo pal.* и съ полостью черепа — черезъ *can. vidianus* и *for. rotundum*.

Пораненіе сосудовъ, заложенныхъ въ этой области, даетъ иногда столь значительное кровотеченіе, что многіе хирурги по примѣру Бильрота избѣгаютъ раздѣлять мягкія части этой области рѣжущими инструментами и обращаются къ способу откручиванія (*torsion*).

### Мягкія части.

1. Кожа, за исключеніемъ области хрящеваго носа и губъ, легко подвижна и легко захватывается въ складки

Это свойство кожи приобретает особенное значение, если принять во внимание, что злокачественные опухоли часто поражают и кожу, если разрастаются со стороны кости или же сама кожа служит местом первоначального развития опухоли. В обоих случаях необходима пластическая операция для закрытия дефектов и легкая сдвигаемость кожи существенно облегчает операцию.

В области верхней губы и щеки кожа у мужчин покрыта волосами, которые перед операцией, конечно, тщательно сбриваются.

2. Подкожно-жировая ткань в области хрящевого носа и губ отсутствует, точно также и на щеках. На щеках за кожей следует мышечный слой и затем весьма рыхлая соединительная ткань, которая в силу своего строения способствует скоплению серозного транссудата, обуславливающего нередко громадный отек щеки в первые дни после операции на верхней челюсти.

Книзу от *m. infra-orb.* жировая ткань напротив весьма хорошо развита, в особенности в области *fossa canina* и в пространстве между передним краем *m. masseter* и передней поверхностью *m. buccinator*. Здесь необходимо различать собственно 2 слоя жировой ткани: один поверхностный над фасцией *m. buccinator*, другой, весьма сильно выраженный даже и у исхудалых индивидуумов, — под этой фасцией; он соответствует переднему краю восходящей ветви нижней челюсти, переднему краю и внутренней поверхности *m. masseter*, отделяя его от *m. buccinator*. Первый сообщается с подкожным жиром височной и околоушной областей; второй сливается с жиром скуловой ямки, с под-апоневротическим слоем височной области, а также с жировой клетчаткой крылонебной ямки (*Tillaux*).

3. Мышцы могут быть разделены на I) мимические и II) жевательные. Мышцы I-й группы переходят незамытно в кожу подобно *Platysma m.*, коей головную часть они представляют (*Bardleben*), не имеют ясно выраженных

фасций и не представляют особого интереса для хирурга. Все мимические мышцы могут быть парализованы при надрезах, напр. по *Velpereau*; в особенности неприятно парализовать *m. orbic. orbitae*, обуславливающий *ectropium paralyticum* с его неблагоприятными для глаза последствиями. К мышцам II-й группы принадлежат *m. masseter*, которого передние волокна часто подрезаются для более удобного доступа к *os zygomaticum* и *mm. pteryg. ext. et int.*, из коих при операции страдает более I-й, так как теряет место прикрепления на *tub. maxil.*

4. Сосуды. Область лица характеризуется громадным развитием сосудов, образующих многочисленные анастомозы и тем создающих особенно благоприятные условия для заживления ран лица. Артериальные сосуды принадлежат главным образом системе *a. carot. ext.* и частью *a. carot. int.*

К первой принадлежит самая крупная артерия лица *ar. max. externa*, которая перегибается через нижний край нижней челюсти и на переднем крае *m. masseter* переходит на лицо, здесь она удобно может быть прижата пальцами ассистента к нижней челюсти. Она пробегает поверхностно в мышечном слое лица также, как и другие артерии лица, отдает ветви для верхней и нижней губы и под именем *ar. angularis* поднимается к внутреннему углу глаза, где анастомозирует с ветвями *ar. ophthalmica* из *carot. intern.* Небольшая ветвь от *art. lab. super.* поднимается по *septum* на спинку носа и анастомозирует с веточкой от *art. angularis*. — Вторая по калибру *art. transversa faciei* отделяется от *a. tempor.* и пробегает параллельно и ниже *arcus zygomaticus*, вначале прикрытая околоушной железой (*Bardleben*) к области *f. canina*. *A. infraorbit.* из *a. max. int.* входит в полость глазницы через *fiss. orb. inf.* и выходит через одноименное отверстие на лицо, распадаясь в области *fossa canina* на мышечно-кожные ветви. Образованная разветвлениями этих сосудов



кровеносная сѣть даетъ значительное кровотеченіе тотчасъ по проведеніи кожныхъ разрѣзовъ; оно обыкновенно скоро останавливается частью само собой, частью прижатіемъ или наложеніемъ пинцетовъ.

Изъ вѣтвей *ar. max. int.* важны при резекціи верхней челюсти *a. pterygo-palat.*, которая отдѣляется отъ главнаго ствола въ *fossa sphenomaxill* и черезъ *can. pterygo-palat.* выходитъ на твердое небо, продолжаясь, какъ *art. palat. anter.* параллельно зубному отростку *go for. incisiv.* гдѣ анастомозируетъ съ *art. nasal. post.* и *art. sphenopalat.*, которая входитъ изъ *fossa pterygo-pal.* черезъ *for. sphenopalat.* въ полость носа, образуетъ подъ слизистой оболочкой густую сѣть и даетъ вѣтвь по *septum* для соединенія съ *a. palatina ant.* Она анастомозируетъ съ развѣтвленіями *a. eth. ant.* изъ *carot. interna.* Обѣ артеріи ранятся при извлеченіи верхне-челюстныхъ костей и иногда даютъ въ первые часы или дни послѣ операціи послѣдовательное кровотеченіе, которое поздно замѣчается по причинѣ скрытаго положенія сосудовъ и можетъ быть опасно для жизни.

Артеріи, принадлежащія системѣ *car. int.* не представляютъ при данной операціи особаго интереса.

Вены лица вливаются въ главную, *v. facialis anterior.* Она начинается какъ *v. frontalis* во внутреннемъ углу глаза, соединяется черезъ *v. ophtalm.* съ *sinus cavernosus* и вливается подъ угломъ нижней челюсти въ *v. facialis commun.* Вены носовой полости частью вливаются въ *sinus longitudinal sup.* черезъ *lamina cribrosa*, частью въ *v. ophtalm.*, а оттуда въ *sinus cavernosus*. Соотвѣтственно вѣтвямъ *a. max. int.* вены образуютъ сплетенія (*plexus pterygoid.*) Сплетеніе это въ *fossa sphenomaxill* простирается отъ *fiss. orb. inf.* между мускулами *pterygoidei* до нижне-челюстного сочлененія (*Bardeleben*, Бобровъ). Вены *fossae sphenomaxil.* обширно анастомозируютъ съ *v. opht. inf.* черезъ *fiss. infra-orb.*, съ *v. facialis* и *v. jugularis*. Слѣдовательно посредствомъ венъ существуетъ прямое сообщеніе между полостями черепа и лица (Бобровъ).

Вены тоже даютъ иногда значительное, даже устрашающее кровотеченіе; въ особенности это относится къ упомянутому венозному сплетенію. Кратковременное прижатіе тампономъ обыкновенно достаточно для остановки кровотеченія (*Löbcker*), но если операція производится по *Rose* на висящей головѣ, то прижатіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ не достигаетъ уже цѣли и приходится прибѣгать къ другимъ средствамъ.

И безъ того уже обширная сосудистая сѣть области верхней челюсти является иногда сильно гипертрофированною при опухоляхъ верхней челюсти. Это ведетъ за собою размягченіе верхне-челюстной кости и облегчаетъ отдѣленіе ея отъ связи съ другими костями.

5. Слизистая оболочка одѣваетъ внутреннія стѣнки полости носа со всѣми сосѣдними полостями, переходитъ черезъ хоаны, кверху въ верній отдѣлъ глотки и книзу образуетъ дубликатуру мягкаго неба съ заложенными въ ней мышцами и желѣзами. Въ полости рта она тѣсно сращена съ періостомъ твердаго неба, а по сторонамъ переходитъ на зубные отростки, образуя десны. Въ преддверіи рта слизистая оболочка соотвѣтственно мѣсту прикрѣпленія *m. buccinator* такъ высоко поднимается кверху, что палецъ удобно ощупываетъ нижній край *os. zygomatic.* снаружи и мѣсто прикрѣпленія хрящеваго носа снизу. Такимъ образомъ почти половина лицевой поверхности верхней челюсти представляется покрытой только слизистой оболочкой; этимъ воспользовались нѣкоторые хирурги, чтобы произвести резекцію верхней челюсти, отдѣляя мягкія части со стороны преддверія и проводя подъ *m. infraorbital.* только небольшой кожный разрѣзъ.

6. Нервы принадлежатъ частью *n. facialis*, частью 2 вѣтви *trigemin.* Такъ какъ *n. facialis* иннервируетъ всѣ мышцы лица, исключая жевательныхъ, то при наружно-боковомъ разрѣзѣ всѣ мимическія мышцы могутъ остаться парализованными. 2-я в. *n. trigem.* снабжаетъ лицо и боль-

шую часть полостей чувствующими вѣтвями. Изъ его вѣтвей важны для хирурга *n. infraorbitalis*, который долженъ быть перерѣзанъ тотчасъ при отдѣленіи мягкихъ частей, и *nn. alv. sup. post.* вступающіе вмѣстѣ съ одноименными артеріями въ области *tuber. max.* внутрь кости. Невралгія этихъ нервовъ, вслѣдствіе давленія развивающейся опухоли, а также *n. n. alv. anter. et med. sup.* часто есть первый симптомъ, указывающій на опухоль въ верхней челюсти.

7. Фасціи лица представлены *f. buccalis*, которая раздѣляется на поверхностный и глубокий листокъ. Первый лежитъ подъ кожей и покрываетъ наружную поверхность *m. masseter* и околоушной желѣзы, почему и называется *f. parotideo masseterica*. Продолжаясь внизъ, она переходитъ въ поверхностную фасцію шеи, вверху прикрѣпляется къ скуловой дугѣ, назадъ — къ хрящевой части слуховаго прохода. — Глубокая пластинка называется *f. bucco-pharyngea*. Она составляетъ продолженіе листка, покрывающаго наружную поверхность *m. buccinator*, идетъ изади къ внутренней сторонѣ восходящаго отростка нижней челюсти, одѣваетъ *m. m. pterygoid.*, сливается съ *lig. lat. intern.* нижне-челюстн. сочлененія, переходитъ на боковую и заднюю стѣнки глотки и внизъ продолжается въ глубокий листокъ шейной фасціи.

8. *Parotis* не входитъ въ поле операци. Опасности подвергается только *Ductus Stenon.*, который проходитъ на 1 палецъ ниже и параллельно скуловой дугѣ (*Bardeleben*). Направленіе его опредѣляется по линіи отъ основанія ушной сережки къ углу рта на  $1\frac{1}{2}$  см. ниже скуловой дуги (Бобровъ). Онъ лежитъ въ веществѣ *f. parotideo-masseterica* вмѣстѣ съ *ar. transversa fac.* и вѣтвью *n. facial.* Перегнувшись черезъ передній край *m. masseter*, онъ косвенно пронизываетъ *m. buccinator* и открывается тонкимъ отверстіемъ противъ 2 кореннаго верхняго зуба. Если наружно-боковой разрѣзъ ведется далѣе этого мѣста кзади, то *Ductus Sten.* перерѣзывается и можетъ дать слюнную фистулу.

9. Лимфатическіе сосуды всего лица вливаются частью въ околоушныя, частью въ подчелюстныя желѣзы. Изъ полости носа и верхней челюсти лимфа вливается въ желѣзы, лежащія по бокамъ глотки у отверстія Евстахіевыхъ трубъ, а отсюда въ *gland. facial. profundae*, которыя числомъ около 6 лежатъ въ крыло-небной ямкѣ; отсюда лимфа направляется къ глубокимъ шейнымъ желѣзамъ (*gl. cervical. profund.*) (Бобровъ, Küster). Послѣднія недоступны изслѣдованію пальцами, чѣмъ и можно объяснить частые рецидивы даже послѣ тщательнаго удаленія всѣхъ подозрительныхъ мѣстъ (Küster).

Указывая на то, что лимфа, прежде чѣмъ достигнетъ отдаленныхъ желѣзъ, должна пройти родъ шлагбаума въ видѣ *gl. fac. prof.*, Küster утверждаетъ, что возможно окончательное излеченіе, если при резекціи удалены эти желѣзы и болѣе глубокія желѣзы еще не поражены.

10. Періостъ легко отдѣляется отъ всей передне-наружной поверхности верхней челюсти. Впрочемъ при резекціи обѣихъ верхнихъ челюстей едва ли представится случай сохранить періостъ, такъ какъ почти всегда новообразование захватываетъ и періостъ. Единственное мѣсто, гдѣ періостъ необходимо сохранить, есть орбита, ибо это самое существенное условіе для сохраненія глаза. *Peri-orbita* отличается своею плотностью, толщиной и весьма легко отдѣляется отъ подлежащей кости ручкой скальпеля.

Если слизисто-періостальный покровъ твердаго неба не перерожденъ, то сохраненіе его тоже весьма желательно (*Langenbeck*), такъ какъ онъ, будучи пришитъ по удаленіи верхней челюсти къ внутренней сторонѣ щеки, во 1-хъ тотчасъ отдѣляетъ рану отъ полости рта, восстанавливаетъ способность глотанія и значительно уменьшаетъ опасность послѣдовательной пневмоніи и во 2-хъ способствуетъ частичному восстановленію твердаго неба.

Изложенныя хирургическо - анатомическія замѣчанія позволяютъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Всѣ важнѣйшіе, снабжающіе лицо сосуды и нервы направляются отъ латеральной области къ медиальной.

2. Разрѣзы, наиболѣе уклоняющіеся къ наружно-боковой сторонѣ, даютъ наибольшее число парализованныхъ мышцъ и наибольшее кровотечение.

3. Медиально проходящій разрѣзъ отражается наименѣе на дѣятельности мышцъ и на сосудахъ.

4. Необходимо при резекціи верхней челюсти оставлять нижнюю стѣнку орбиты или по крайней мѣрѣ *Periorbita* для сохраненія глаза.

5. Прямое сообщеніе между венами верхне-челюстной области и мозговыми пазухами обуславливаетъ возможность распространенія гнойныхъ процессовъ верхне-челюстной области на содержимое черепа.

6. Особенности анатомическаго устройства передняго отдѣла основанія черепа облегчаютъ большимъ опухолямъ распространеніе на мозговья оболочки.

## II. Показанія и противопоказанія.

Какъ видно изъ собранныхъ 41 случаевъ самое частое показаніе даютъ опухоли (24 раза), это легко объясняется тѣмъ, что въ челюстныхъ костяхъ опухоли развиваются чаще, чѣмъ на какой другой кости. *Hüter-Lossen* объясняетъ это явленіе своеобразной исторіей развитія челюсти, съ прорѣзываніемъ зубовъ, развитіемъ *Antrum N.*, раздраженіями, постоянно передающимися на челюсти изъ полости рта и прочими неизвѣстными моментами. Того-же мнѣнія и *Küster* (B. kl. W. 88, № 14). *König* говоритъ, что  $\frac{1}{10}$  всѣхъ опухолей въ совокупности приходится на челюсти и изъ этой части нѣсколько большая половина приходится на *mandibula*. — 2-е показаніе даютъ въ 14 слу-

чаяхъ *p-necrosis*, который по видимому и въ наше время встрѣчается довольно часто. Одинъ разъ некрозъ былъ слѣдствіемъ хроническаго отравленія Pb. (Cnfr. табл. № 35).

Травматическія поврежденія, даже и самыя обширныя, не показываютъ резекціи и заживаютъ обыкновенно вполне удовлетворительно.

Въ отношеніи двухъ-сторонней резекціи верхней челюсти мнѣнія авторовъ замѣчательнымъ образомъ диаметрально расходятся. Нѣкоторые, какъ напримѣръ, *Stro-meyer* и *Hüter* предлагаютъ совершенно отказаться отъ этой операціи въ виду того, что рецидивъ составляетъ правило и сама операція сопряжена съ большими опасностями <sup>1)</sup>. *Rose* говоритъ въ своей статьѣ „объ операціяхъ на висящей головѣ“, что онъ не отказывается производить ее даже и при неблагоприятныхъ условіяхъ. *Tillmans* считаетъ результаты ея очень неблагоприятными. *O. Heyfelder* — довольно благопріятными; *Эриксенъ* полагаетъ, что объ удаленіи опухоли не можетъ быть рѣчи, разъ она захватила обѣ верхнія челюсти. Я попытаюсь сдѣлать объективное заключеніе о допустимости этой операціи, основываясь на разсмотрѣніи собранныхъ случаевъ.

Изъ разсмотрѣнія 41 случаевъ слѣдуетъ: 1 оперировано: 14 карциномъ, 9 саркомъ, 2 фибромы, 1 остеома, 14 Р-некрозомъ и 1 Pb-некрозъ.

2. Во время самой операціи случаевъ смерти не было. Непосредственно послѣ нея умерло 3 (№№ 12, 17, 19. — № 34 смерть отъ случайной причины!).

3. Рецидивъ послѣ операціи опухолей констатированъ 7 разъ. Въ 9 случаяхъ дальнѣйшая судьба пациентовъ неизвѣстна. Въ 10 случаяхъ пациенты остались многіе мѣсяцы здоровы (№ 35 — 30 м., № 5 — 20 м., № 37 — 14 м., № 8 —

<sup>1)</sup> Однако *Hüt.-Loss.* признаетъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ образованіе рецидива задерживается или изрѣдка даже совсѣмъ не наблюдается.

1 г., № 13 — 1 г., № 22 — 7 м., № 1 —  $\frac{1}{2}$  г., № 15 — 4 м., № 24 — 3 м., № 30 — нѣск. м.)

4. Послѣ операции р-некрозовъ ухудшеніе и смерть въ 4 случаяхъ; выздоровленіе въ 10.

5. Значительное обезображиваніе получило въ 5 случаяхъ. Въ 18 случаяхъ обезображеніе ничтожно, геср. отсутствуеъ.

6. Функціи жеванія, рѣчи, глотанія и дыханія съ протезомъ почти во всѣхъ случаяхъ значительно приближались въ нормѣ.

И такъ: А. Операция, какъ таковая не опаснѣе чѣмъ многія другія общепринятыя.

В. Болѣе чѣмъ въ  $\frac{1}{3}$  случаевъ, оперированныхъ ради новообразованій (10 изъ 26 случаевъ) пациенты прожили навѣрно больше чѣмъ могли-бы прожить безъ операций <sup>1)</sup>.

С. Болѣе чѣмъ въ  $\frac{2}{3}$  случаевъ, оперированныхъ ради некрозовъ, наступило выздоровленіе.

Д. Въ косметическомъ смыслѣ результаты довольно удовлетворительны; въ функціональномъ вполнѣ удовлетворительны. (Съ протезомъ!)

Если вспомнить, что больные, терзаемые сильными невралгіями, часто настоятельно требуютъ операціи, что она является единственнымъ средствомъ помочь больному и что принципиальное отрицаніе этой операціи не соотвѣтствуетъ предъявляемымъ къ врачу требованіямъ гуманности, которыя предписываютъ ему сдѣлать все возможное для облегченія страданій и продолженія жизни больного, то мнѣ кажется, что слѣдуетъ присоединиться ко мнѣнію Rose и оперировать всегда, разъ только исключены противопоказанія.

Противопоказанія немногочисленны:

1. Колоссальная опухоль, о полномъ удаленіи которой нельзя думать (O. Heyfelder).

1) Отмѣчены только совершенно свободные отъ рецидивовъ сроки слѣдовательно, собственно говоря, всѣ пациенты прожили значительно долѣе, благодаря операціи.

2. Наличие метастазовъ во внутреннихъ органахъ или лимфатическихъ железахъ.

3. Высокая степень истощенія имѣетъ относительное значеніе, какъ видно изъ случая № 2 (Diefenbach).

4. Симптомы распространенія опухоли въ полость черепа, что впрочемъ рѣдко удается діагностицировать, ибо обыкновенно изслѣдованіе больного не даетъ на то никакихъ указаній (Langenb. Arch., В. III, S. 325).

При злокачественныхъ новообразованіяхъ, распространяющихся на обѣ верхне-челюстныя кости, слѣдуетъ предпочесть полную резекцію частичной, ибо первая болѣе дѣйствительна въ смыслѣ предупрежденія рецидивовъ (F. Ried. Küster, Berl. kl. W. 88, № 14, 15).

### III. Опасности при операціи.

Если вспомнить, что область операціи, вообще богатая сосудами, нерѣдко васкуляризируется особенно сильно при опухоляхъ, что колоссальная рана послѣ удаленія обѣихъ верхне-челюстныхъ костей весьма тѣсно соприкасается съ такими важными полостями, какъ полость глазницы, черепа, внутреннего уха, съ пищеварительнымъ трактомъ и органами дыханія, то нельзя не удивляться, какъ быстро и обыкновенно безъ особенной реакціи протекаетъ заживленіе. Въ собранныхъ случаяхъ 13 разъ отмѣчена незначительная реакція или совершенное ея отсутствіе. 4 раза отмѣчена небольшая лихорадка, изъ нихъ 2 раза-роза. Одинъ разъ отмѣчена значительная слабость пациента послѣ операціи, 3 раза-обмороки во время операціи: 1 разъ-піемія; 2 раза-пневмонія.

Кровотеченіе бываетъ обыкновенно значительно или во время операціи или въ первые часы послѣ нея (отмѣчено въ 13 случаяхъ). Нѣкоторые авторы, напр. Hüter Loss., Farabeuf и Бобровъ называютъ кровотеченіе ужасающимъ. Здѣсь, однако, главная опасность заключается не въ острой

анемии, ибо въ концѣ концовъ кровотеченіе удастся остановить обыкновенными нашими средствами (F. Ried), какъ выше сказано. Напротивъ, затеканіе крови въ дыхательные пути можетъ вызвать припадки удушенія пациента и смерть въ нѣсколько минутъ, если операторъ своевременно не сдѣлаетъ трахеотоміи и не удалитъ кровь изъ трахеи катетеромъ<sup>1)</sup> Предложено нѣсколько способовъ предупредить затеканіе крови въ гортань, но ни одинъ изъ нихъ не можетъ считаться вполне удовлетворительнымъ.

1) Наиболѣе простой и наичаще примѣняемый способъ заключается въ томъ, что пациентъ въ сидячемъ положеніи хлороформируется только при проведеніи разрывовъ кожи; затѣмъ, когда кровь проникаетъ уже въ полость рта, больной поддерживается въ состояніи легкаго наркоза; при этомъ, будто бы, онъ не чувствуетъ боли, а сознаніе все еще настолько сохранено (König), что онъ можетъ выплевывать кровь по мѣрѣ накопленія ея во рту. Еще лучше такая цѣль достигается такъ называемымъ смѣшаннымъ наркозомъ по пр. Nussbaum. За 10—20 м. до операціи выпрыскиваютъ 0,01—0,02 morph., хлороформируютъ до наступленія стадіи возбужденія и затѣмъ поддерживаютъ больного въ легкомъ наркозѣ небольшими дозами хлороформа. Метода эта рекомендуется Tillmans'омъ и употребляется всегда въ клиникѣ пр. W. Koch (Юрьевъ), но повидимому далеко не всегда оправдываетъ ожидаемыя надежды; стоны и беспокойство больного стѣсняютъ оператора и заставляютъ его торопиться съ операціей, конечно къ ущербу интересамъ больного.

2) Dr. Krönlein въ статьѣ. Ueber tot. Oberk. res. (Zeitschr. f. Ch. B. 3. 1873. 364) утверждаетъ, что нѣтъ никакой необходимости примѣнять особые мѣры при резекціяхъ верхней челюсти; можно оперировать при обычномъ

1) Чрезвычайно живо описанный случай Бильрота такого рода (Cnf. Langenb. Arch. B. X, S 108).

наркозѣ въ сидячемъ положеніи, и отъ личной ловкости ассистентовъ зависитъ предупредить затеканіе крови въ гортань. E. Rose (Zürich) оперировалъ такъ 9 случаевъ и никакихъ неудобствъ не испыталъ. Заявленіе это стоитъ въ противорѣчіи мнѣнію громаднаго большинства хирурговъ и требуетъ проверки.

3. Rabe въ статьѣ своей: „Z. Path. d. Knoch. u. Gel. Zeitsch. f. Ch. 1873. 3. p. 300“ рекомендуетъ вводить въ голосовую щель трубку съ неподатливыми стѣнками и хлороформировать послѣ тампонаціи входа въ гортань черезъ длинную трубку насаженную на трубку, введенную въ гортань. Способъ этотъ, какъ ни соблазнителенъ онъ кажется по своей простотѣ, едва ли получить широкое примѣненіе во 1-хъ потому, что наркозъ, надо думать, будетъ также неудовлетворителенъ, какъ при Trendelenburg'ѣ въ случаѣ Склифосовскаго, во 2-хъ при операціи трубка легко можетъ закупориться слизью изъ бронховъ; въ 3-хъ кашлевые толчки не дадутъ трубкѣ и тампону спокойно лежать, тѣмъ болѣе, что наркозъ будетъ не полный. Въ литературѣ я нигдѣ не встрѣчалъ случаевъ примѣненія этого метода.

4. Warren (Schm. Arch. B. 139. S. 129) кладетъ въ ротъ больного кусокъ губки, которая должна впитывать кровь. Способъ не надеженъ и не позволяетъ хирургу свободно обозрѣвать полость рта.

5. Rose<sup>1)</sup> Langenb. Arch. B. 17. 1874. S. 455. Vorschlag zur Erleichterung d. Oper. am Ob.-k. Vortrag in d. Sitzg. d. III. Congr. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir.) заявляетъ, что онъ уже 2 года оперируетъ по своему способу самые трудные и опасные случаи. Кромѣ резекціи верхней челюсти R. примѣняетъ его при волчьей пасти, стафилофагн, ампут. nasi съ послѣдующей ринопластикой; ему приходилось хлороформировать по 2—3 часа; при органическихъ стра-

1) Способъ этотъ, какъ нѣчто новое, предлагаетъ Dr. Jamus Murry. The British Medical Journal 94.5.

даніяхъ грудной полости (сердечныя болѣзни, Bronchitis, Emphysema), но ни разу не наблюдалось неудобствъ. Способъ состоитъ въ томъ, что пациентъ лежитъ на спинѣ, причемъ голова свѣшивается черезъ край стола. Операторъ сидитъ на стулѣ передъ висющей головой пациента, и конечно проводитъ всѣ разрѣзы въ направленіи, обратномъ обыкновенному. Кровь не затекаетъ въ гортань, а вытекаетъ наружу черезъ ноздри. Затрудненный оттокъ венозной крови обуславливаетъ значительныя измѣненія на головѣ. Лицо краснѣетъ, опухаетъ, особенно вѣки; глаза выходятъ изъ орбитъ, окружность головы увеличивается на 3 см. Но все это не отражается неблагоприятно на наркозѣ и даже по мнѣнію Rose этотъ застой уменьшаетъ опасность смерти отъ хлороформа, если справедливо мнѣніе тѣхъ, которые причину смерти отъ хлороформа видятъ въ анеміи мозга. Способъ этотъ былъ примѣняемъ очень часто и примѣняется часто еще и теперь. Мнѣнія хирурговъ о его цѣлесообразности расходятся. Всѣ согласны, что методъ этотъ навѣрно устраняетъ затеканіе крови въ легкія, но многіе, въ числѣ которыхъ и Пр. W. Koch, Küster и др. не примѣняютъ его, ибо вслѣдствіе венознаго застоя получается громадное кровотеченіе<sup>1)</sup> (König).

Впрочемъ, нѣтъ недостатка и въ солидныхъ защитникахъ этого метода. Къ ихъ числу принадлежитъ проф. Склифосовскій, который при иссѣченіи верхней челюсти оперировалъ  $\frac{3}{4}$  часа и не замѣтилъ ни въ пульсѣ, ни въ дыханіи никакихъ перемѣн<sup>2)</sup>. Во всякомъ случаѣ Rose не примѣнимъ на малокровныхъ, слишкомъ молодыхъ и старыхъ пациентахъ.

1) См. случай Dr. M. Müller'a, который имѣлъ при операціи колоссальное кровотеченіе, несмотря на перевязку всѣхъ брызжущихъ артерій. Опасная для жизни анемія была устранена переливаніемъ человѣческой крови (Langenb. Arch. B. 18. S. 598).

2) Rose, Langenb. Arch. 85 т. 24) опять защищаетъ свой способъ.

Слѣдующіе способы требуютъ предварительной трахеотоміи.

6. Trendelenburg (1869) предложилъ общеизвѣстную „Tamponcanüle“ въ которой гуттаперчевый цилиндръ, охватывающій обыкновенную трахеотомическую канюлю, раздувается при помощи воздуха и прерываетъ сообщеніе между входомъ въ гортань и трахеей. Хлороформированіе происходитъ черезъ длинную эластическую трубку, прикрѣпленную къ канюлѣ. Согласно наблюденію почти всѣхъ хирурговъ, съ мнѣніями которыхъ мнѣ удалось познакомиться въ литературѣ, способъ Trendelenburg'a не вполне надеженъ. Его неудобства: 1) наркозъ при всѣхъ усиліяхъ не достигаетъ желаемой глубины вслѣдствіе того, что больной долженъ дышать черезъ длинную трубку (Склифосовскій). 2) Вниманіе оператора отвлекается тѣмъ, что время отъ времени приходится вновь наполнять гуттаперчевый цилиндръ воздухомъ (Склиф., König). 3) Въ особенности неудобно и опасно, что операторъ, полагаясь на прочность загражденія трахеи, не замѣчаетъ, что кровь постепенно просачивается въ трахею и вдругъ дыханіе останавливается (Склифосовскій, Shüller, Hüter и Lücke B. 9 S. 266). 4) Уже и сама по себѣ сложная резекція верхней челюсти осложняется еще болѣе трахеотоміей, которая далеко не можетъ быть названа безопасной операціей. 5) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ способъ сопряженъ съ прямой опасностью для жизни (напр. при Struma), ибо здѣсь трахеотомія опаснѣе самой сложной резекціи верхней челюсти (Rose). 6) Опасность закупорки канюли или трубки слизью изъ бронховъ.

König совѣтуетъ этотъ способъ у очень чувствительныхъ больныхъ, при обширныхъ операціяхъ и при отсутствіи зоба. Küster относится къ этому способу весьма одобрительно, самъ предпосылаетъ его каждой резекціи и надѣется, что „теперь, конечно, каждый хирургъ производитъ трахеотомію по Trendelenburg'у.

7. Длительная тампонація трахеи по д-ру Michael (Langenbecks Arch. B. 28. S. 511). М. предлагает для долгой тампонаціи трахеи два способа. 1) наполнять тампонъ Trendelenburg'a не воздухомъ, а водой или глицериномъ; объемъ остается безъ измѣненія многія недѣли подъ рядъ, не вызывая нисколько пролежня на слизистой оболочкѣ трахеи и абсолютно закупоривая трахею отъ полости рта. 2) Обыкновенная канюля Luer'a проводится сквозь цилиндрический 10—25 mm. діаметромъ кусокъ лучшей Левантинской губки, которая затѣмъ во влажномъ состояніи туго обвивается ниткой по всей длинѣ. Послѣ высушиванія нитка снимается и губка сверху покрывается тонкой эластичной оболочкой (condom), коей края сверху и снизу заходятъ нѣсколько далѣе краевъ губки и плотно привязываются къ трубкѣ. Когда трубка введена въ трахею, въ губку впрыскиваютъ воду помощью шприца Pravatz'a. Губка растягивается и вполне закрываетъ просвѣтъ гортани.

Оба способа были испробованы много разъ и всегда получалось вполне надежное закрытіе гортани и пациенты хорошо переносили канюлю Cnfr. № 29.

Такъ какъ опасность затеканія крови, а тѣмъ болѣе отдѣляемаго раны существуетъ и въ первые дни послѣ операціи, то эти оба способа, при своей простотѣ и надежности позволяющіе прекращать сообщеніе полости рта съ легкими, повидимому являются вполне цѣлесообразными и заслуживающими дальнѣйшаго испытанія, ибо такимъ образомъ опасность послѣдовательной пневмоніи сводится къ нулю. Канюля Michael (Hahn) существуетъ въ продажѣ.

Послѣдовательное кровотеченіе въ первые часы послѣ операціи предупреждается тѣмъ, что асептический resp. іодоформный тампонъ, введенный въ рану тотчасъ послѣ операціи, прижимается пальцами ассистента втеченіе 1—2 часа, какъ это всегда практикуется въ клиникѣ проф. W. Koch (Юрьевъ).

Этимъ же тампономъ и частымъ промываніемъ полости

раны слабыми дезинфецирующими растворами, какъ борная кислота и пр., значительно уменьшается опасность менингита, тромбоза венозныхъ пазухъ черепа и пневмоніи (Tillmans), которая по замѣчанію König'a даже совершенно должна исчезнуть съ введеніемъ такихъ тампоновъ въ практику.

Глазъ, потерявъ опору, если удалена нижняя стѣнка глазницы вмѣстѣ съ періостомъ, можетъ упасть въ рану и погибнуть отъ паннофтальмита. Сильное опуханіе вѣкъ и chemosis наблюдается очень часто; наблюдается иногда помутнѣніе роговицы и язвы на ней, которыя могутъ имѣть роковыя послѣдствія для глаза, если появится гной въ полости конъюнктивальнаго мѣшка. Нѣкоторые разрывы, какъ напр. по Diffenbach'y могутъ способствовать распространенію гноя на conjunctiv'y. Въ случаѣ Michael нагноеніе пошло отъ нитки, которую онъ провелъ черезъ conjunctiv'y, желая предотвратить опусканіе глаза въ полость раны (Graun). Эти измѣненія на глазу вѣроятно же всего объясняются частью нарушеніемъ оттока венозной крови (Graun) послѣ операціи, частью же тѣмъ, что парализованная вѣки не защищаютъ достаточно глаза отъ вредныхъ вѣншихъ вліяній — Keratitis traumatica (Küster). Иногда тотчасъ послѣ операціи наблюдается полная потеря зрѣнія, которое потомъ уже не возобновляется; тоже самое можетъ развиваться и постепенно, причемъ снаружи на глазу никакихъ измѣненій не замѣтно, исключая mydriasis (Küster). Иногда наблюдается диплопія.

Слухъ значительно притупляется или совсѣмъ исчезаетъ, вѣроятно, вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки Евстахіевой трубы (Küster). Въ случаѣ Lane, впрочемъ, въ послѣдствіи слухъ значительно улучшился.

Къ опасностямъ операціи еще принадлежатъ:

Шокъ вслѣдствіе комбинированнаго дѣйствія потери крови и раздраженія нервныхъ вѣтвей (Эриксенъ, Hüter-Lossen).

Пневмонія отъ затеканія секрета въ бронхи и

вдыханія газообразныхъ продуктовъ разложенія секрета раны.

Gastro-entheritis отъ проглатыванія секрета. Асептический тампонъ долженъ устранить оба послѣднія осложненія.

#### IV. Инструментаріумъ.

Необходимо слѣдующее:

##### I. Рѣжущіе инструменты.

1. 2 ножа для раздѣленія мягкихъ частей съ плоскими ручками, могущими служить для отдѣленія періоста на днѣ глазницы.

2. 1 короткій резекціонный ножъ для обрѣзыванія слизисто-надкостичнаго покрова твердаго неба (Langenbeck).

3. 1 прямая крѣпкія ножницы для раздѣленія носовой перегородки.

4. 1 крѣпкія по плоскости изогнутыя ножницы для отдѣленія мягкихъ частей сзади верхнечелюстной кости.

5. 1 сверло (Drillbohrer) для просверливанія обѣихъ слезныхъ костей и проведенія цѣпочной пилы.

6. Костныя ножницы, прямые и изогнутыя.

7. 2 цѣпочныя пилы.

8. 2 Лангебековскія пилки (Stichsäge).

9. 1 долото 3—4 см. шириною.

10. 1 желобоватое долото (Hohlmeissel).

11. 1 долото 1—2 см. шириною.

12. Щипцы для сглаживанія осколковъ костей (Löffelzange).

##### II. Тупые.

13. 10—12 кровоостанавливающихъ пинцетовъ (Köberle, Péan).

14. Молотокъ.

15. Подъемецъ (Elevatorium).

16. Скребецъ (Raspatorium).

17. Костныя щипцы.

18. 1 тупая изогнутая игла для проведенія цѣпочной пилы черезъ fiss. orb. inf.

19. Аппаратъ Покелена.

20. Нѣсколько пинцетовъ анатомическихъ и хирургическихъ.

21. Нѣсколько корнцанговъ (rsp. „lange Köberle“) для зажиманія компрессовъ при вытираніи крови во рту.

22. Принадлежности для хороформированія.

23. Наборъ для трахеотоміи.

24. 2 катетера мягкихъ на случай высасыванія крови изъ трахеи (Snfr. случай Бильрота).

25. Растворъ морфія, камфорное масло, шприцы Праваца.

26. Все необходимое для наложенія кроваваго шва (шелкъ, Карлсбадскія иглы, иглы, иглодержатель).

27. Воронка съ длинной резиновой трубкой для вливанія вина въ желудокъ при упадкѣ силъ во время операціи.

28. Острая ложка для выскребанія остатковъ опухоли.

29. Шприцъ для пробнаго прокола.

30. Перевязочные матеріалы.

#### V. Подготовка пациента, распредѣленіе ассистентовъ. Описаніе операціи.

Если состояніе силъ пациента удовлетворительно, то достаточно обыкновенно-практикуемаго подготовленія: общія ванны, слабительное наканунѣ операціи, въ день операціи голодная діета. При упадкѣ силъ требуется улучшить состояніе пациента усиленнымъ питаніемъ (Snfr. случаи Langenbeck'a, Ried'a и др.). Весьма важно устранить или ослабить интенсивность симптомовъ нѣкоторыхъ существующихъ уже болѣзней, которыя не только во время самой операціи, но и въ послѣ операціонный періодъ могутъ имѣть для пациента роковыя послѣдствія. Сюда относится прежде



всего *Bronchitis putrida*, затѣмъ *Gastro-ertheritis*, интенсивный *Conjunctivitis*. Во всѣхъ случаяхъ необходимо тщательно позаботиться о механическомъ очищеніи и дезинфекции полости рта помощью слабыхъ дезинфецирующихъ растворовъ, применяемыхъ уже за нѣсколько дней до операции. Какъ видно изъ приложенныхъ исторій болѣзни, самое употребительное положеніе при операции есть сидячее.

Операция требуетъ по крайней мѣрѣ 3-хъ ассистентовъ: 1-й ассистируетъ при ранѣ; 2-й подаетъ инструменты; 3-й, стоя сзади пациента, фиксируетъ голову, поворачивая ее по указанію хирурга въ ту или другую сторону. Онъ-же хлороформируетъ, слѣдитъ за пульсомъ въ *Art. carot.* и можетъ прижимать *art. max. extern.* къ нижней челюсти, что отражается благопріятно на кровотеченіи (*J. Heyfelder*). Желателенъ 4-й ассистентъ специально для хлороформирования, ибо очень затруднительно одновременно фиксировать голову, хлороформировать и слѣдитъ за пульсомъ у безпкойно-двигающагося пациента. Если операция производится съ одной изъ упомянутыхъ канюлей, или на висящей головѣ, то 3-хъ ассистентовъ вполне достаточно.

Кожные разрѣзы слѣдующіе:

1. Наружно-боковой или щечный разрѣзъ между угломъ рта и наружнымъ угломъ глаза или передней частью скуловой кости (*Blandin*) или серединой ея (*Syme*), или началомъ скуловой дуги (*Velpeau*) былъ примѣненъ въ собранныхъ случаяхъ 7 разъ, чаще всѣхъ другихъ и уже это показываетъ, что хирурги признаютъ его наиболѣе цѣлесообразнымъ при всѣхъ его недостаткахъ. Его достоинства: 1) Однимъ простымъ разрѣзомъ вполне обнажается вся верхняя челюсть, такъ что доступъ къ опухоли свободенъ, откуда бы она ни развилась. 2) Безукоризненный шовъ не представляетъ затрудненія. Его главный недостатокъ: 1) Всѣ почти нервы и сосуды лица перерѣзываются. 2) *Ductus Stenonianus* легко можетъ быть тоже перерѣзанъ<sup>1)</sup>. 3) Если

1) И тогда требуется закрыть фистулу оперативными приемами (*Michon*).

не получается заживленіе *per primam*, то остается безобразный рубецъ, который у мущинъ впрочемъ можетъ быть и не замѣтенъ. *Heyfelder* утверждаетъ, что параличъ *n. Facialis* со временемъ частью исчезаетъ влѣдствіе срастанія нерва, частью маскируется влѣдствіе натяженія образовавшейся рубцовой ткани. Во всякомъ случаѣ надо имѣть въ виду, что *Epirhoga* неизбежно влѣдствіе паралича вѣтвей *fac. къ m. orb. orb.* Если мягкія части растянуты новообразованиемъ, то и способъ *Hugier* (окапывать разрѣзъ нѣсколько линій медиально отъ угла рта), не всегда гарантируетъ цѣлость *Ductus St.*

2. Срединный разрѣзъ Диффенбаха отъ корня носа внизъ по спинкѣ его нѣсколько къ боку отъ *Septum* и затѣмъ по верхней губѣ по средней линіи; другой разрѣзъ между внутренними углами глазъ. Примѣненъ въ 5 случаяхъ. Разрѣзъ этотъ менѣе всѣхъ другихъ ранитъ сосуды, нервы и мускулы (перерѣзываются только *a. cor. l. s.*, слабыя *rami dors.* и анастомозы *art. ophthalm.*), *n. facialis* и *Ductus Sten.* остаются вполне нетронутыми. Этотъ типичный Диффенбаховскій разрѣзъ однако долженъ быть совершенно оставленъ во 1-хъ потому, что онъ не даетъ достаточно простору для удобнаго отдѣленія мягкихъ частей отъ боковыхъ сторонъ верхней челюсти, какъ я убѣдился въ 2-хъ случаяхъ, оперированныхъ мною на трупѣ. Между тѣмъ полное обнаженіе верхней челюсти до *tuber.* значительно облегчаетъ операцию (*Küster, J. Heyfelder*). Во 2-хъ, если въ ранѣ почему либо начинается нагноеніе, то оно легко можетъ перейти на глаза и обусловить *panophthalmitis* (*Braun*) *Cnfr.* случ. № 4. Поэтому предпочтительнѣе надо рекомендовать видоизмѣненный Диффенбаховскій разрѣзъ съ горизонтальными разрѣзами параллельно *Margo infraorb.<sup>1)</sup>*; тогда оба упомянутые недостатки этого разрѣза исчезаютъ. *Blasius* и *Ried* утверждаютъ, что лоскутъ,

1) *Cnfr.* №№ 6, 19, 32, 38 ? 40 ?

содержащий  $\frac{1}{2}$  носа, губы, нижнія вѣки и всю щеку при своихъ огромныхъ размѣрахъ и незначительной толщинѣ, не всегда срастается per primam. Хотя Heyfelder и замѣчаетъ, что наблюденіе доказываетъ обратное, но все же надо принять во вниманіе, что у субъектовъ истощенныхъ, съ атрофированнымъ подкожнымъ слоемъ рѣта легко можетъ не получиться, тѣмъ болѣе, что рана лежитъ на твердой костной плоскости. J. Ried предпочелъ въ своемъ случаѣ наружно-боковой разрѣзъ срединному, не смотря на большую простоту послѣдняго еще и потому, что срединный разрѣзъ оставилъ бы по его мнѣнію безобразный рубецъ, кончикъ носа представился бы раздвоеннымъ и верхняя губа получила бы вырѣзъ, какъ при lab. leporinum. Замѣчаніе это ни случаевъ самаго Диффенбаха, ни остальными не подтверждается.

3. Двухсторонній разрѣзъ соотвѣтственно plica nasolabialis былъ примѣненъ 1 разъ д-ромъ Lape. Разрѣзъ, ранившій мало сосудовъ, нервовъ и оставляющій незамѣтный рубецъ, но едва ли дающій довольно простора для обнаженія верхней челюстной кости.

4. Внутренне-боковой разрѣзъ отъ внутреннего угла глаза внизъ черезъ верхнюю губу и отъ начала перваго параллельно Margo infraorb. не былъ примѣненъ ни разу.

5. Разрѣзъ Fergusson'a, представляющій модификацію предыдущаго, причемъ вертикальный разрѣзъ обходитъ ноздрю и по philtrum раздѣляетъ верхнюю губу, былъ примѣненъ 5 разъ. Hütter-Lossen называетъ этотъ разрѣзъ весьма цѣлесообразнымъ. Его выгоды: 1) Сосуды и нервы мало страдают<sup>1)</sup>. Ductus Sten. остается нетронутымъ. 2) Рубецъ мало замѣтенъ, ибо совпадаетъ съ есте-

1) Въ особенности, если измѣнить горизонтальный разрѣзъ по Küster'у: вести его до середины Margo, а оттуда дугообразно къ нижнему краю os. zygom. (Разрѣзъ Вебера). Сохраненіе вѣтвей facialis къ m. orb. orbitae (Küster).

ственными складками лица. 3) Проходя по самому тѣлу верхней-челюстной кости, разрѣзъ этотъ очень удобенъ для полного обнаженія ея. 4) Можно значительно уменьшить затеканіе крови въ полость рта, если разрѣзъ вести сначала только до слизистой оболочки верхней губы и щеки и перерѣзать послѣднюю только, когда верхне-челюстная кость почти обнажена спереди и снаружи; какъ я имѣлъ возможность убѣдиться въ одномъ случаѣ на трупѣ, это сдѣлать не трудно. Если предварительно затампонировать хоаны, то въ полость рта проникаетъ сравнительно ничтожное количество крови.

6. 2 раза была примѣнена комбинація наружно-бокового разрѣза съ внутренне-боковымъ (Langenbeck 1853, 1857).

7. Особенный интересъ представляетъ случай Bellamy, который оперировалъ безъ кожного разрѣза, сдѣлавъ надрѣзъ параллельно зубному отростку изъ полости рта. Такой же разрѣзъ былъ произведенъ Maisonneuve при р-negros'ѣ.

8. 1 разъ наружно-боковой разрѣзъ комбинируютъ съ разрѣзомъ параллельно Margo infraorb. (Karothers).

9. 2 раза не типичный разрѣзъ въ зависимости отъ распространенія опухоли.

10. 3 раза извлеченіе верхней челюсти черезъ ротъ безъ обозначенія разрѣзовъ.

11. J. F. Heyfelder предложилъ при большихъ опухоляхъ, трудно удалимыхъ черезъ другіе разрѣзы, вести разрѣзъ отъ glabella внизъ, разсѣчь верхнюю, затѣмъ нижнюю губу на средней линіи и отсюда по нижнему краю нижней челюсти направо и налево (какъ при резекціи mandibulae) до восходящаго отростка или даже до ушной сережки. Рубецъ у мужчинъ скрывается бородой, у женщинъ платкомъ. Случая примѣненія на живомъ не было.

12. Michaux, который самъ не произвелъ двухсторонней резекціи ни разу, предлагаетъ разрѣзъ отъ корня носа

по срединной линіи черезъ верхнюю губу. Провѣривъ этотъ разрѣзъ на трупахъ, J. Heyfelder пришелъ къ убѣжденію, что онъ достаточенъ (Ueber Res. et Amp. 70).

### Раздѣленіе костей.

Послѣ разрѣза мягкихъ частей захватываютъ края лоскута пальцами или острыми крючками и отдѣляютъ ихъ отъ кости, придерживаясь возможно ближе къ кости; вверхъ обнажаютъ кость до *margo infraorb.*, кзади до *tuber maxillae*, медиально до *incisura rug.*; N. и A. *infraorb.* перерѣзываются при этомъ, если не были перерѣзаны уже при кожномъ разрѣзѣ. Здѣсь можетъ получиться сильное кровотеченіе, которое ассистентъ останавливаетъ частью прижатіемъ, частью наложеніемъ кровоостанавливающихъ пинцетовъ. Отдѣленные лоскуты откидываются, смотря по разрѣзу, навѣхъ (при наружно-боковомъ разрѣзѣ), книзу и кнаружи (при внутренне-боковомъ и срединномъ разрѣзѣ), такъ что верхне-челюстные кости обѣихъ сторонъ вполне обнажаются и операторъ отдѣляетъ періорбиту дна глазницы элеваторіемъ или плоской ручкой скальпеля, сдѣлавъ предварительно разрѣзъ на днѣ глазницы, параллельно *Margo infraorb.* Надкостницу отдѣляютъ возможно далѣе кзади, по крайней мѣрѣ до передняго конца *fiss. orbit. inferior.* Теперь приступаютъ къ отдѣленію костей.

А. Самый быстрый способъ есть и самый старый, примѣненный еще *Gen s u l'емъ*: долотомъ и молоткомъ. Этотъ же способъ предпочитаетъ пр. W. K o s h, который только скуловые кости перепиливаетъ Лангенбековской пилкой, какъ будетъ упомянуто ниже, при самомъ началѣ операции. Но способъ этотъ вмѣстѣ съ тѣмъ и самый грубый, ибо вѣдряющееся въ кость долото можетъ произвести много осколковъ, которые затѣмъ въ качествѣ постороннихъ тѣлъ могутъ обусловить продолжительное нагноеніе, если же

долото очень остро, то, пройдя кость, оно можетъ внезапно продвинуться далѣе, чѣмъ требуется и безъ нужды поранить сосуды и нервы (O. Heyfelder); наконецъ, самые удары молотка слишкомъ сильны, чтобы быть безразличными для мозга (O. Heyfelder). Во всякомъ случаѣ употребленіе долота требуетъ значительной ловкости.

Если скуловая кость не раздѣлена уже по способу пр. K o s h'a, то ставятъ широкое долото на скуловую кость и нѣсколькими быстрыми и сильными ударами молотка по долоту раздѣляютъ ее. Затѣмъ разсѣкаютъ носовые отростки и соединеніе со скуловой костью другой стороны.

Дно глазницы можно тоже разсѣчь нѣсколькими ударами по долоту. Теперь, если представляется возможнымъ сохранить слизисто-надкостичный покровъ твердаго неба, дѣлаютъ короткимъ резекціоннымъ пожемъ овальный разрѣзъ по внутреннему краю зубнаго отростка и отдѣляютъ этотъ покровъ ручкою ножа или подъемцемъ (Langenbeck). При этомъ лучше не доводить заднихъ концовъ разрѣза до края твердаго неба, но оканчивать ихъ 1—1½ см. не доходя до этого края, чтобы не перерѣзать *art. palatina ant.* и тѣмъ нарушить питаніе лоскута. Лоскутъ виситъ въ полости рта, находясь сзади въ соединеніи съ мягкимъ небомъ. Затѣмъ перерѣзаютъ сошникъ на мѣстѣ прикрѣпленія его къ дну полости носа и соединеніе съ *os ethmoid.* крѣпкими ножницами. Если покровъ *pal. dur.* долженъ быть тоже удаленъ, то отдѣляютъ мягкое небо отъ задняго края твердаго при помощи узкаго ножа и разрушаютъ послѣднее заднее соединеніе верхне-челюстной кости съ *pr. pterygoid.* легкимъ нажатіемъ на оба *margo infraorb.* внизъ, или же въ щель между верхне-челюстной костью и *os frontis* вводится долото или подъемецъ и имъ какъ рычагомъ верхне-челюстная кость отдавливается книзу. Затѣмъ схватываютъ отдѣленную кость костными щипцами и поворачиваютъ ее нѣсколько разъ вокругъ горизонтальной оси. Этимъ способомъ наилучше предупреждается

кровотечение изъ вѣтвей *art. max. intern.*, ибо онѣ разрываются и скручиваются (Billroth). Впрочемъ многіе предпочитаютъ просто отрѣзать находящіяся сзади верхней челюсти мягкія части ножницами, какъ видно изъ приложенныхъ исторій болѣзни. Въ этотъ моментъ кровотечение получаетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ ужасающій характеръ (Hüter-Lossen, Farabeuf, Бобровъ). Тотчасъ прижимаютъ кровоточащую поверхность большимъ компрессомъ въ теченіи 1—2 минутъ, или пускаютъ въ ходъ термокаутеръ. Обыкновенно авторы говорятъ, что соединеніе обѣихъ верхне-челюстныхъ костей по средней линіи твердаго неба не требуется раздѣлять. Въ 4-хъ случаяхъ на трупахъ я убѣждался каждый разъ, что, раздѣливъ верхне-челюстныя кости по средней линіи, гораздо легче удалить ихъ. Тоже самое совѣтуетъ J. Heyfelder, если удаленіе нераздѣленныхъ костей вмѣстѣ представляетъ затрудненіе.

В. Разсѣченіе костными ножницами употребляютъ преимущественно англійскіе хирурги. Плоскіе части, какъ носовой отростокъ или небный, могутъ быть легко раздѣлены этимъ способомъ, хотя тоже не безъ осколковъ.

С. Прямая пила Langenbeck'a въ опытныхъ рукахъ — отличный инструментъ. Начинаютъ пилить изъ *ar. rugiformis* перпендикулярно къ *rg. nasal.*, затѣмъ, не вынимая пилы, перепиливаютъ дно глазницы параллельно *m. infraorb.* и, достигши *Fiss. orbit. inferior.*, поворачиваютъ пилу зубцами кпереди и кнаружи и раздѣляютъ соединеніе со скуловой костью. Затѣмъ, сдѣлавъ надрѣзъ слизистой оболочки по срединной линіи на днѣ носа, вводятъ пилу черезъ ноздрю, введеннымъ черезъ ротъ указательнымъ пальцемъ защищаютъ заднюю стѣнку глотки и перепиливаютъ твердое небо. Соответствующій рѣзецъ долженъ быть предварительно удаленъ.

Д. Быстрый, легкій и дающій абсолютно гладкія плоскости разрѣза способъ есть перепиливаніе цѣпочной пилой.

Проведеніе этого инструмента и дѣйствіе имъ не трудно, на сколько я могъ видѣть на своихъ опытахъ. Особенно удобна цѣпочная пила для перепиливанія носовыхъ отростковъ и *symph. maxillo-zygomat.* (J. Heyfelder). По обнаженіи верхне-челюстныхъ костей проводится сверломъ каналъ черезъ обѣ слезныя кости изъ одной орбиты въ другую (*Maisonneuve*), чрезъ который при помощи слегка искривленной иглы проводится пила и распиливаютъ оба отростка вмѣстѣ, причемъ плоскость распила направляется болѣе или менѣе параллельно спинкѣ носа чтобы дать лоскуту болѣе удобную опору (*Maisonneuve*). Для проведенія пилы черезъ *fiss. orb. inf.* (что иногда представляется нѣсколько затруднительнымъ) удобенъ гибкій зондъ съ ушкомъ (Ried), или отогнутый въ сторону крючекъ для аневризмы (Küster), или большая, сильно изогнутая игла съ тупымъ концомъ (O. Heyfelder). Во время работы пила должна образовать возможно болѣе уголь, ибо въ противномъ случаѣ она легко ущемляется. Такъ при распиленіи *art. maxillo-zygomat.* верхній конецъ пилы держится возможно горизонтально во избѣжаніе пораненія глазного яблока, нижній — возможно болѣе кзади. Эту-же пилу можно примѣнить и при распиленіи небного отростка, проведя ее Беллоковской трубкой изъ полости носа въ ротъ, но Лангенбековская пила здѣсь удобнѣе. Если *fiss. orb. inf.* настолько сужена новообразованіями, что проведеніе пилы затруднительно, то Ried и Chassaignac предлагаютъ расширить ее троакаромъ. J. Heyfelder нашелъ однако такой способъ неудобнымъ и совѣтуетъ лучше обращаться къ Liston'овскимъ костнымъ ножницамъ.

Е. Péan и Servais, имѣя дѣло съ громадными опухолями, съ отличнымъ успѣхомъ примѣнили *погcellement*.

По удаленіи обѣихъ верхне-челюстныхъ костей получается громадная рана, сверху ограниченная періостомъ обѣихъ глазницъ и верхней стѣнкой глотки, сзади можно

свободно обозрѣвать крыловидные отростки обѣихъ сторонъ и заднюю стѣнку глотки, книзу полость раны сливается съ полостью рта, боковыя ея стѣнки состоятъ изъ мягкихъ частей щеки и треугольнаго распила *os. zygomatici*. Ее внимательно изслѣдуютъ, нѣтъ-ли остатковъ опухоли, которые удаляютъ ножницами, острой ложкой, или каленымъ желѣзомъ, перевязываютъ брызжущія вѣтви *art. max. int.*, сглаживаютъ края и удаляютъ осколки костей. Рана промывается слабымъ дезинфицирующимъ растворомъ, напр., борной кислотой 4% и плотно заполняется іодоформнымъ газомъ, который остается лежать 5—8 дней; больной получаетъ нѣсколько глотковъ крѣпкаго вина и долженъ лежать въ кровати въ полудлежащемъ положеніи, съ головой, наклоненной нѣсколько въ сторону и впередъ, дабы въ случаѣ послѣдовательнаго кровотеченія, кровь не затекала въ дыхательное горло. Въ виду возможности такого кровотеченія нѣкоторые считаютъ рациональнымъ сшивать рану на 2—3 часа позже. Проф. Косх, который зашиваетъ рану тотчасъ послѣ операціи, съ цѣлью предупредить такое кровотеченіе примѣняетъ крѣпкое прижатіе тампона пальцами въ теченіи 1—2 часовъ.

Если слизисто-періостальный покровъ твердаго неба сохраненъ, то пришиваютъ его къ внутренней поверхности щекъ и верхней губы непрерывнымъ швомъ, чѣмъ достигается отдѣленіе полости раны отъ полости рта и улучшается прогноз *quoad vitam*. Если періорбита удалена, то глазу грозитъ большая опасность, какъ выше упомянуто. Küster совѣтуетъ стараться при помощи плотной тампонаціи удерживать глазъ въ нормальномъ положеніи. Образующаяся впослѣдствіи ткань даетъ хорошую опору глазу. — Для того, чтобы мягкія части, потерявшія опору, не спадали и чтобы впослѣдствіи при заживленіи раны рубцовыя массы не могли слишкомъ сильнымъ сокращеніемъ обезобразить лицо, Helferich предложилъ немедленно послѣ операціи

вставлять проволочную опору въ рану и потомъ уже тампонировать.

Heysner (Ueber Oberk. res. mit möglichster Schonung d. Weichtheile. Deut. med. Wochenschr. 89, Nr. 8, S. 149) предлагаетъ слѣдующій способъ односторонней резекціи, который въ подходящихъ случаяхъ можетъ быть примѣненъ и для двухсторонней резекціи. 1) Разрѣзъ вдоль *m. infraorb.*, какъ при резекціи *n. infraorb.* длиною  $3\frac{1}{2}$  см. 2) разсѣченіе долотомъ костнаго мостика надъ *art. n. percv. infraorb.* и высвобожденіе ихъ изъ *can. infraorb.* 3) Отслаиваніе надкостницы глазницы и мягкихъ частей на передней и боковыхъ сторонахъ верхне-челюстной кости и на *palat. dur.* Последнее производится частью изъ упомянутаго разрѣза, частью изъ дугообразнаго разрѣза параллельно наружной и внутренней сторонамъ *pr. alveolaris*. 4) Освобожденіе верхне-челюстной кости отъ соединеній съ сосѣдними костями. Сначала распиливается *pr. nasal.* послѣ проведенія цѣпочной пилы изъ раны черезъ *lam. papir.* въ полость носа и черезъ соответствующую ноздрю наружу (помощью кривой иглы). Затѣмъ пила проводится изъ наружнаго угла раны черезъ *fiss. infraorb.* въ полость рта и распиливается соединеніе съ *os. zygom.* послѣ этого Лангенбековской пилой раздѣляютъ *palat. dur.* Нѣсколькими ударами молоткомъ по долоту разламываютъ соединенія верхней челюсти съ слезной костью и крыловидными отростками и кость извлекается черезъ ротъ. На приложенной фотографіи не видно никакого обезображиванія. Кровотеченіе будто-бы ничтожно.

При наркозѣ въ сидячемъ положеніи, притомъ не полномъ, теченіе операціи часто нарушается обмороками пациента. Въ такомъ случаѣ рекомендуется зажать рану асептическимъ тампономъ, поднять столъ за ножной конецъ нѣсколько вверхъ вмѣстѣ съ пациентомъ, дать нѣсколько глотковъ вина и подождать, пока пульсъ улучшится, но не оперировать поспѣшно, въ надеждѣ поскорѣй окончить операцію.

Терапія въ послѣоперационный періодъ весьма проста. Тампонъ лежитъ 8—12 дней, рана промывается нѣсколько разъ въ день растворомъ *Kali hypermangan.*, пища въ первые дни жидкая или полужидкая. Въ случаѣ послѣдовательнаго кровотеченія прижимаютъ тампонъ возможно плотно, промываютъ рану ледяной водой или, если это не помогаетъ, раскрываютъ рану и, отыскавъ кровоточащій сосудъ, накладываютъ лигатуру. — Если опуханіе лица и боли значительны, то холодныя примочки доставляютъ пациенту большое облегченіе. Въ первые часы послѣ операціи требуется весьма внимательно наблюдать пациента, чтобы во время замѣтить послѣдовательное кровотеченіе, тѣмъ болѣе, что самъ пациентъ не замѣчаетъ кровотеченія, имѣя постоянно кровавой вкусъ во рту или проглатывая во снѣ стекающую въ зѣвъ кровь. При недостаточномъ вниманіи кровотеченіе констатируется только, когда наступаютъ уже признаки острой анеміи: блѣдность, малый пульсъ, рвота, судороги и проч.

Швы вынимаются черезъ 4—5 дней, причемъ обыкновенно находятъ разрывы зажившими *per primam*. Пациентъ на 8—10 день можетъ покинуть кровать, но окончательное заживленіе раны получается въ среднемъ около 40-го дня.

Огромная полость раны мало по малу заполняется рубцовой тканью, которая даетъ опору мягкимъ частямъ и такимъ образомъ предупреждаетъ обезображиваніе, которое вообще далеко не такъ бросается въ глаза, какъ этого можно было бы ожидать. *J. Heyfelder* на основаніи своего опыта утверждаетъ, что двухсторонняя резекція даетъ значительно меньшее обезображиваніе, нежели односторонняя.

Рубцовыя массы покрываются мало по малу тканью, похожей на слизистую оболочку и остающіеся дефекты легко закрываются протезомъ.

## Выводы.

1) Мнѣніе нѣкоторыхъ хирурговъ (*Stromeyer*, *Эриксонъ*) о недопустимости самой операціи двухсторонней полной резекціи верхней челюсти не находитъ себѣ подтвержденія.

2) Лучшие разрывы мягкихъ частей — по *Fergusson's* у и наружно-боковой.

3) Лучшие инструменты для раздѣленія костныхъ соединений — цѣпочная пила, а для *palat. durum.* — костныя ножницы или прямая пила.

4) Предварительная тампонація гортани значительно облегчаетъ операцію.

5) Лучшая канюля для тампонаціи гортани *Michael's* (*Hahn's*).

6) У молодыхъ здоровыхъ индивидуумовъ примѣнимъ способъ *Rose*; у нѣжныхъ, малокровныхъ пациентовъ безъ зоба — канюля *Michael's* или *Trendelenburg's*; у старыхъ, мало-чувствующихъ боли, смѣшанный наркозъ въ сидячемъ положеніи.

7) Прижиманіе тампона послѣ операціи 1—2 часа безъ перерыва пальцами весьма цѣлесообразно.

8) Двухсторонняя резекція верхней челюсти принадлежитъ къ операціямъ, которыя предварительно должны быть произведены на трупѣ хирургомъ нѣсколько разъ.

9) Въ виду дороговизны протезовъ (около 80—100 руб.) хирургъ долженъ самъ изучить искусство дѣлать оные.

10) При злокачественныхъ новообразованіяхъ одной в. ч., только слегка затрогивающихъ другую в. ч., въ интересахъ пациента хирургъ долженъ удалить обѣ верхнія челюсти.

11) Слизисто-періостальный покровъ верхней челюсти можетъ быть сохраняемъ только въ случаяхъ *p-nectos's*.

**Нѣсколько замѣчаній объ удаленіи обѣихъ вв.чч., какъ оно производится пр. В. Кохомъ въ Юрьевской Хирург. Клиникѣ.**

Въ до операціонное время обращается особое вниманіе на устраненіе resp. смягченіе существующихъ болѣзней, въ особенности bronchitis putrida. Полость рта ежедневно основательно очищается при помощи зубной щетки, мыльного порошка и дезинфицирующихъ растворовъ. Больной постепенно приучается лежать на брюхѣ болѣе и болѣе долгое время. Операціонный столъ замѣняется массивнымъ деревяннымъ стуломъ съ прямой спинкой, которая можетъ быть выдвигается на желаемую высоту, смотря по росту пациента; посредствомъ широкихъ ремней фиксируются руки, ноги и туловище больного. За 10—15 м. до операціи больной получаетъ впрыскиваніе морфія и хлороформируется до потери чувствительности. Если необходимо удаленіе скуловыхъ костей, то предварительно проводятся 2 вертикальные разрѣза мягкихъ частей 4—6 см. длиною подъ наружными углами глазъ и перепиливаются скуловые дуги. Наилучшимъ разрѣзомъ пр. W. Koch считаетъ Fergüsson'a. При отдѣленіи мягкихъ частей, если кровотеченіе становится значительнымъ, пр. Koch дѣлаетъ паузу; ассистенты прижимаютъ кровоточащія мѣста стерилизованными компрессами нѣкоторое время; хлороформаторъ пользуется этимъ моментомъ, чтобы дать еще хлороформа пациенту, который обыкновенно начинаетъ уже замѣтно реагировать на боль. Затѣмъ отдѣленіе лоскутовъ продолжается. Такимъ образомъ поступаютъ нѣсколько разъ въ теченіи 1-го акта операціи. Пинцеты на перерѣзанныя артеріи накладываются уже по извлеченіи костей. По отдѣленіи мягкихъ частей разсѣкаются обычнымъ путемъ кости исключительно долотомъ, которое по мнѣнію пр. Koch'a есть наиболѣе удобный инструментъ. Если твердое небо еще не разрушено, то и оно разсѣкается долотомъ и по отдѣленіи pal. molle каждая челюсть захватывается въ костныя щипцы и отдѣляется отъ заднихъ соединеній помощью откручиванія. Эта часть операціи — разсѣченіе костей и

удаленіе челюстей — производится весьма быстро, въ теченіе 3—5 м. Затѣмъ рана еще разъ осматривается, сглаживается ножницами, накладываются лигатуры на захваченные въ Köberle сосуды и кожные разрѣзы зашиваются шелкомъ; рана тампонируется іодоформнымъ тампономъ, который прижимается пальцами въ теченіи 1½—2 ч. — для предупрежденія послѣдовательнаго кровотеченія. Если во время операціи съ пациентомъ случается обморокъ, то рана зажимается компрессомъ а стулъ вмѣстѣ съ пациентомъ на нѣкоторое время опрокидывается на заднихъ ножкахъ. — Тампонъ лежитъ безъ перемѣны 4—8 дней. Швы удаляются на 5—7 д. Въ первыя сутки послѣ операціи больной долженъ лежать на брюхѣ.

## Исторіи болѣзни.

№ 1. J. Heyfelder 1844. Sellheim. Diss. St. Petersburg. 1860.  
J. Heyfelder, Ueber Res. und Amput. 1895. Breslau und Bonn.

Carcinoma medullare. A. S. 23 г. Принятъ въ клинику въ Erlangen 13./VI. 44. Годъ назадъ появилась опухоль въ задней ч. твердаго неба и затѣмъ распространилась на обѣ в. ч. Опухоль ежедневно увеличивалась, носъ приподнятъ и расширенъ, небо придавлено къ языку, лицо отечно, дыханіе и глотаніе затруднены, рѣчь неясна, сонъ покоенъ. Почти всѣ зубы плохо держатся, но здороваго вида. Опухоль тверда, бугриста, при прикосновеніи не болѣзненна, не переходитъ границъ вв. чч. Никакого признака дискразіи. Последнее время сильныя боли въ опухоли.

Операция 23./VII. Наркозъ въ сидячемъ положеніи. 2 разрѣза отъ наружныхъ угловъ глазъ до угловъ рта. Лоскутъ отдѣленъ до внутр. угловъ глазъ и носовыхъ костей и откинутъ вверхъ на лобъ. Соединеніе между вв. чч. и скуловыми костями раздѣлены цѣпочной пилой, проведенной черезъ fiss. orb. inf. Тѣмъ-же инструментомъ раздѣлено соединеніе съ ossa pass. Затѣмъ сопникъ вмѣстѣ съ оставшимися еще соединеніями разрѣзаны ножницами, мягкое небо отрѣзано отъ задняго края твердаго и давленіемъ долота на верхнюю часть опухоли верхняя челюсть вывихнута внизъ и удалена. Операция продолжалась  $\frac{3}{4}$  ч., 3 раза обмороки; кровотеченіе было невелико, остановлено закручиваніемъ и прижатіемъ сосудовъ. Рана производила ужасное впечатлѣніе. Оба разрѣза закрыты 26 швами съ булавками. Холодные примочки. Кормленіе въ 1. д. при помощи шприца, во 2. д. съ ложки, на 3 и 4 уже изъ чашки. Реакціи не было.

При первой смѣнѣ повязки на 4-й д. вездѣ prima, исключая нѣсколько пунктовъ съ поверхностнымъ нагноеніемъ. На 32-й д. отпущенъ. Снаружи обезображиванія нѣтъ. Во рту только по средней линіи щель 13''' длины и 3''' ширины; удаленныя части замѣнены прочными рубцовыми массами. Мягкое небо и uvula противъ ожиданія въ нормальномъ положеніи. Глотаніе твердой и жидкой пищи свободно, рѣчь понятнѣе, чѣмъ до операціи, носъ болѣе нормальнаго вида, дыханіе свободно, сонъ покоенъ. — По истеченіи 6 м. S. былъ вполне здоровъ и исполнялъ всѣ полевые работы. — Нѣсколько позже рецидивъ на лбу. Отъ предложенной 2-й операціи S. отказался. 15 м. послѣ операціи смерть съ мучительными болями.

### № 2. Dieffenbach. Oper. Chir. II. p. 46.

Osteosarcoma. 55 л. Обѣ скуловые кости и сосѣднія костныя части раздуты. Опухоль съ обѣихъ сторонъ выдается впередъ больше носа и далеко простирается назадъ. Небныя кости перерождены. D. долгое время откладывалъ операцію и только послѣ продолжительнаго подготовленія силы больного возстановились достаточно.

Операция. Лицо расщеплено по средней линіи отъ корня носа по срединѣ его и верхней губы; затѣмъ поперечный разрѣзъ черезъ кожу корня носа между внутренними углами глазъ. 2 лоскута изъ нижняго вѣка, половины носа, верхней губы и щеки откинута въ стороны и большая часть верхнихъ челюстей выпилена. Костный скелетъ носа, какъ здоровый, оставленъ. Прижиганіе желѣзомъ. Лицо пациента во время операціи представляло ужасную картину. Рана закрыта многими узловыми и нѣсколькими обвивными швами, причемъ обезображиваніе тотчасъ-же исчезло. Быстрое заживленіе. Черезъ 14 дней, когда все заставляло ожидать полнаго выздоровленія, внезапная смерть отъ апоплексіи.

### № 3. Maisonneuve Gaz. des Hop. 1849. № 54, S. 128.

Работница на фосфорной фабрикѣ. 6 м. по вступленіи на фабрику сильныя боли верхней челюсти. Опухоль, боли, слабо держація зубы, зловонное дыханіе. Послѣ трехъ-мѣсячнаго безуспѣшнаго терапевтическаго леченія операція 1 V. 49. Наркозъ въ вѣ лежащемъ положеніи. Разрѣзъ по твердому небу соотвѣтственно pr. alv. Слизисто-накостничный покровъ твердаго неба сохраненъ. Вторымъ разрѣзомъ в. губа и щеки отдѣлены отъ передней поверхности костей. Отдѣленіе продолжено вверхъ кривыми ножницами и пальцемъ до M. infraor. и os. zug. Крѣпкими



щипцами извлечены послѣдовательно лѣвая и правая в. чч. Покровъ твердаго неба пришить къ соответствующимъ частямъ в. губы и щеки. Продолжительность операціи 20 м. Потеря крови значительна, однако ни лигатуръ, ни раскаленнаго желѣза не потребовалось. Рп. orb. сохранены, также и ossa palat. Обезображиваніе незначительно. Больная имѣетъ отличный видъ.

**№ 4. Maisonneuve Gaz. des Hop. 1850. № 97. p. 385.**

Carcinoma. Мужчина 60 л. Болеѣтъ 2 г. Опухоль захватила всю правую и большую ч. лѣвой ч. Большой крѣпкого сложенія, настоятельно желаетъ операціи, не страшась никакихъ болѣй и опасностей, отвѣчая на всѣ распросы: „Je veux vivre!“

Операція 2/VIII. Разрѣзъ отъ Symph. frontonasalis по средней линіи носа и в. губы. Второй разрѣзъ между углами глазъ, перпендикулярно къ первому. Быстрое отдѣленіе лоскутовъ до Mm. masset. съ обѣихъ сторонъ. Перевязка нѣсколькихъ артерій. Послѣдовательное распиливаніе oss. zugg. обѣихъ сторонъ цѣпочной пилой, проведенной въ fiss. orb. inf.; третій распилъ произведенъ пилой, проведенной сквозь лѣвую и правую os. lacr. Всѣ разрѣзы произведены быстро и легко. — Затѣмъ обѣ челюсти отдѣлены отъ os. sphen. Листоновскими ножницами. 4 лигатуры и прикосновеніе раскаленнымъ желѣзомъ потребовалось для прекращенія кровотеченія изъ этой ужасной раны (de cette horrible plaie). Рана зашита. Операція продолжалась около 20 м. Выздоровленіе. Потеря одного глаза вслѣдствіе нагноенія\*). О дальнѣйшей судьбѣ пациента къ сожалѣнію не сообщается ничего.

**№ 5. J. Heyfelder 1850 (Sellheim. Diss., J. Heyfelder I. c.).**

Carcinoma medullare. J. G. L. 55 л. доселѣ всегда здоровый. 12 л. назадъ ракъ в. г., удаленный ножомъ три года спустя. 2 года послѣ того бородавчатое возвышеніе въ рубцѣ, превратившееся позже въ раковую язву, которая распространилась по правой половинѣ в. г., правому крылу носа и небу.

Принятъ 21/I. 50. Бóльшая половина в. г. и носа превращена въ кровоточащую, сильно болѣзненную массу. Твердое небо перерождено. Отвратительный запахъ. Исхуданіе, потеря силъ.

Резекція обѣихъ вв. чч. требовалась какъ indicatio vitalis.

Операція 21/I. 50. Наркозъ въ сидячемъ положеніи. 2 раз-

рѣза отъ срединъ скулов. кк. до угловъ рта. Перерожденные отдѣлы мягкихъ частей вырѣзаны и лоскутъ откинуть кверху. Для раздѣленія соединеній со скуловыми костями на лѣвой сторонѣ примѣнена цѣпочная пила, на правой Листоновскія костныя ножницы. Дальнѣйшій ходъ операціи какъ въ предыдущемъ случаѣ. Кровотеченіе остановлено холодной водой и перевязкой одной артерій. Непосредственно послѣ операціи закрыть разрѣзъ только правой щеки узловыми и обвивными швами. Черезъ 3 часа довольно сильное кровотеченіе изъ разрѣза лѣвой щеки изъ а. сог. ог., которое прекратилось только послѣ кроваваго шва этой рапы. На 5-й д. удалены швы. Наружно боковые швы срослись. Шовъ для закрытія дефекта мягкихъ частей не удался.

18/II, на 29-й д. больной отпущенъ. Рана во рту достаточно зарубцевалась. — Глотаніе жидкостей не затруднено, очень неясная рѣчь значительно улучшалась, если закрыть отверстіе въ мягкомъ небѣ губкою. Микроскопическій діагнозъ опухоли: carcinoma medullare.

S. L. до начала сент. 51, слѣд. почти 20 м. послѣ операціи былъ совершенно здоровъ. 9/XII. 51 рецидивъ и смерть.

**№ 6. Maisonneuve. Gaz. d. Hop. 1851, p. 116.**

Молодая женщина послѣ частичнаго излѣченія л. в. ч. получила рецидивъ, распространившійся и по правую половину лица. Діагнозъ: ракъ. Разрѣзъ по средней линіи носа и в. г., другой перпендикулярно къ 1-му по нижней части большаго глазнаго угла. (?) Оба лоскута отвернуты. Цѣпочной пилой послѣ разрушенія os. lacrum. перепилены восход. отр. в. ч., затѣмъ тѣло ся, мягкое небо было отдѣлено и кости удалены. Лоскуты сшиты. Послѣ операціи никакихъ осложненій. О дальнѣйшей судьбѣ сообщеній нѣтъ.

**№ 7. Jüngken. Deutsche Klinik 1850, p. 48, № 3.**

P-necrosis. W. S. 2½ г. работаетъ на фабрикѣ. Принята въ больницу Charité 3./VI. 49. Начало болѣзни въ Апрѣлѣ 49 г. Типичная картина фосфорнаго некроза. Соответствующее терапевтическое леченіе не принесло улучшенія и больная вышла изъ больницы. Въ Январѣ 50 обратное принятіе въ состояніи высокой степени истощенія. Некрозъ обѣихъ в. челюстей. Рѣчь затруднена и неясна. Глотаніе твердой пищи очень болѣзненно. Сильныя боли.

Операція. Наркозъ. Расщепленіе обѣихъ в. ч. по срединѣ Листоновскими ножницами и извлеченіе каждой челюсти отдѣльно сильными тракціями, что удалось безъ особыхъ препятствій. Крово-

\*) Gaz. d. Hop. 1851, p. 116.

течение незначительно. Осмотр раны показал повсеместно хорошие грануляции. Правая скуловая к. удалена вместе с челюстью. После операции больная чувствует себя значительно облегченной. Через несколько дней покинула кровать. Общее состояние хорошо. О дальнейшей судьбе не сообщено.

**№ 8. J. Heyfelder 52 (I. c. S. 57; I. c. S. 64).**

Ж. В. Н. 21 г. доселе бывший здоровым. В февр. 52 внезапные боли в двух последних коренных зубах л. в. ч. По извлечении зубов боли не прекратились. Три месяца спустя опухло мягкое и твердое небо и боли стали невыносимы. Принят 28/VII 94. Твердое небо в трех местах перфорировано, отсюда стекает зловонная жидкость. Мягкое небо почти отделено от твердого. Микроскопом установлен диагноз: саркома. Терапевтическое противосифилитическое лечение оказалось вполне безуспешным. Разрушение быстро распространялось, так что 13/VIII uvula совершенно отделились и речь стала совершенно непонятна.

13/VIII. Операция. Наркоз в сидячем положении. Два разреза от средин скуловых костей до углов рта. Лоскуты откинуть на лоб. Соединения со скуловыми кк. распилены цѣпочной пилой. При помощи кривой иглы цѣпочная нила была приведена затѣм по способу Maisonneuve через оба внутренних стѣнки глазницы и сразу распилены оба носовые отростка, сошникъ, соединение с решетчатой костью. По отделении мягкого неба попытка удалить соединенные вместе в. ч. давлением сверху не удалась; поэтому в. ч. была по средней линии распилена цѣпочной пилой и лѣвая половина удалена легко. Затѣм Листоновскими ножницами разделено соединение с pr. pter. и правая половина извлечена без труда. Перевязка одной артерии. Кровотечение остановлено раскаленным желѣзомъ. Рана соединена обвивными швами через 4 ч. Реакция незначительна. Швы удалены на четвертый день, вездѣ prima. 25/VIII, на двѣнадцатый день (?) после операции Н. отпущенъ домой какъ выздоровѣвшій. Принятие пищи легко, рѣчь значительно яснѣе, обезображивания нѣтъ. Через 1 г. Н. былъ вполне здоровъ. Рецидива не было. Обезображивание ничтожно.

**№ 9. Langenbeck 53. Deut. Kl. 1853, p. 203.**

А. Ж. 19 л. незамужняя. Carcinoma medullare. Доселе всегда была здорова. В срединѣ 1852 г. замѣтила, что лѣвая половина носа непроходима для воздуха; въ то же время

сильные боли на лѣвой сторонѣ. Передъ Рождествомъ замѣтила въ лѣвой носовой полости опухоль, которая позже вышла под кожу щеки и стала быстро расти. Несколько недѣль до вступленія въ клинику образовалась при тѣхъ же явленіяхъ опухоль правой половины челюсти. Въ концѣ января прободение верхней губы.

Status. Въ области лѣвой в. ч. опухоль съ апельсинн величиной, покрытая покрасневшей кожей, верхняя губа прободена; при отѣсненіи лѣвой позды видна опухоль въ лѣвомъ носовомъ проходѣ. Кругомъ совершенно безболѣзненной опухоли лицо отечно. На правой сторонѣ пронзывается опухоль, занимающая повидимому и правый носовой ходъ. Вся лѣвая часть верхней губы занята опухолью, частью изъязвившейся. На твердомъ небѣ опухоль, выдающаяся внизъ, въ изъевныя отверстія зондъ входитъ почти на 2,5 дюйма. На лѣво опухоль доходитъ до коренныхъ зубовъ, которые частью вывали, частью едва держатся. На правой сторонѣ опухоль не доходитъ на 3 линіи до зубнаго отростка. Мягкое небо здорово. Выдыхаемый воздухъ дурнаго запаха. Общее состояние удовлетворительно. Последнее время сильные зубные боли. — Прогнозъ при быстромъ ростѣ опухоли quoad vitam абсолютно неблагоприятенъ.

Операция 22/II 53. Наркозъ в сидячемъ положеніи въ первой части операции. На лѣвой сторонѣ разрезъ от области слезнаго мѣшка прямо внизъ, какъ разъ около крыла носа и пробившейся наружу опухоли, черезъ верхнюю губу вблизи угла рта. Второй разрезъ отъ начала перваго параллельно нижне-глазничному краю до скуловой кости. Полученный лоскутъ откинуть. Затѣмъ bulbъ отѣленъ отъ глазничнаго дна и pr. frontalis и temporalis os. zygomatici частью распилены тонкой пилкой, частью разделены костными ножницами и долотомъ. Затѣмъ на правой сторонѣ разрезъ отъ скуловой кости до праваго угла рта и лоскутъ, содержащій весь носъ и среднюю часть лица, откинуть кверху. Обнаженный теперь pr. nasalis лѣвой в. ч. перерѣзанъ костными ножницами. Лѣвая носовая кость и часть правой удалены, sinus frontalis, куда тоже распространилась опухоль, вскрытъ и, начиная отъ верхней части apert. purif., правая в. ч. переилена косвенно кнаружи и внизъ ниже For. infra orbitale. После отѣления сошника костными ножницами, в. ч. была отѣлена отъ Pr. pteryg. сильнымъ нажатіемъ внизъ и мягкое небо отрѣзано отъ твердого по заднему краю послѣдняго. По удаленіи главной массы опухоли, оставшіяся части ея были вырѣзаны частью простыми, частью

костными ножницами, причемъ была удалена большая часть рѣшетчатой кости до *lamina cribrosa*. Последніе остатки опухоли выжжены раскаленнымъ желѣзомъ. Кровотеченіе не очень значительно, ни одной лигатуры. Нѣсколько разъ обмороки. Рана закрыта на лѣво многими узловыми и нѣсколькими обвивными, на право попеременно тѣми и другими швами. Вложены *bouddonnets* съ нитками черезъ уголь рта и носдю. Холодные примочки. Morph. acet.  $\frac{1}{4}$  gr. R. 120, сильный.

23/II. Опуханіе вѣкъ на обѣихъ сторонахъ. Поэтому удалено нѣсколько швовъ подъ лѣвымъ вѣкомъ. Замѣна ихъ коллодіумомъ и полосками англійскаго пластыря.

24/II. Обвивные швы и нѣсколько узловыхъ къ лѣвой сторонѣ удалены. Пяти первыхъ смазаны *collodium*омъ.

25/II. На правой сторонѣ швы удалены. Коллодій. Повязка изо рта удалена. Частое промываніе раны *Aqua Chlori*.

2/III. Больная встала.

19/IV. Больная выписана. *Prima*. Рѣчь довольно ясна. Глотаніе хорошо. Параличъ мускуловъ въ области перерѣзанныхъ вѣтвей *facial*. Обезображиваніе довольно значительно. Удаленныя части почти замѣнены рубцовой тканью. Общее состояніе удовлетворительно.

#### № 10. Esmarch. (Langenb. Arch. B. IV, № 40, S. 586).

М. 54 л. 1855. *Sarcoma medullare* лѣвой верхней челюсти. Годомъ раньше ради того же страданія была изсѣчена правая верх. чел. — Резекція лѣвой верхней челюсти. Выздоровленіе. Болѣе обстоятельныя свѣдѣнія не приведены.

#### № 11. Langenbeck, Deut. Kl. 1857, p. 449.

Р. В. 12 л. 7 л. назадъ сильныя зубныя боли и появленіе опухоли на последнемъ коренномъ зубѣ лѣвой в. ч. — 2 послѣдніе года ротъ постоянно долженъ быть открытъ вслѣдствіе выступающей изъ него опухоли, изъ коей послѣднее время иногда наблюдалось значительное кровотеченіе. Дыханіе затруднено. 2/VI 57 принять въ госпиталь. Общее состояніе удовлетворительно. Между губами выстоитъ наружу красная валикообразная масса. Лѣвая щека величиною съ мужской кулакъ, кожа весьма растянута, грязно буро-красна съ многочисленными венами, носъ при давленіи, сдвинуть на право. Палецъ чувствуетъ во рту почти выполняющую его массу съ гладкой слизистой оболочкой. Опухоль мѣстами мягко-эластична, мѣстами вдавливается какъ пергаментъ. Мягкое небо здорово. Опухоль есть раздутая лѣвая в. ч. и твер-

дое небо; ея границы: 1) дно лѣвой орбиты; 2) лѣвая скуловая кость; 3) задній отдѣлъ праваго зубнаго отростка. *Septum narium* сдвинуто на право; лѣвая носовая полость непроходима, правая сужена. Слизистая оболочка опухоли красна, сильно васкуляризована. Зубы нижней ч. вслѣдствіе давленія опухоли оттиснуты кнаружи. Постоянное слюнотеченіе. Операция отложена до 11/VI по причинѣ легкой ангины.

Наркозъ въ полусидячемъ положеніи. Разрѣзъ на лѣвой сторонѣ отъ скуловой к. до угла рта. на правой — отъ *fossa maxill. dextra* до угла рта. Лоскутъ съ кожнымъ носомъ и передней частью хрящевой перегородки отсепанованъ до корня носа и до лѣваго *margo infraorbit.* Мягкія части отдѣлены отъ *planum orbitale*. По разрѣзѣ періоста и слизистой оболочки, тѣло и носовой отростокъ правой в. ч. отнглены пилой, введенный тотчасъ позади втораго кореннаго зуба. Изъ *apertura rug.* разрѣзъ пилой безъ перерыва черезъ костную перегородку носа, лѣвый носовой отростокъ въ орбиту и по дну ея къ *pr. orbit.* скуловой к., который былъ раздѣленъ такъ же, какъ и *pr. zygom.* Резецированная костная масса отдѣлена отъ *pr. pteryg.* давленіемъ сверху внизъ, мягкое небо и сзади лежація мягкія части отрѣзаны. Маска лица (*Gesichtsmaske*) опущена и кожная рана зашита. Кровотеченіе не велико. Вечеромъ венозное кровотеченіе, остановленное проложеннымъ черезъ слизистую оболочку рта швомъ. Слабая лихорадка, нѣсколько дней больной былъ очень слабъ. Промываніе раны холодной водой. *Prima*. Черезъ 8 дней больной всталъ. 1 авг. выписанъ. Почти цвѣтущее лицо. Глубокія борозды отъ разрывовъ. Лѣвый глазъ закрывается вполне. Обезображиваніе не велико, во всякомъ случаѣ значительно меньше, чѣмъ до операции. Рѣчь, жеваніе и глотаніе хороши. Зубы нижней ч. стоятъ значительно правильнѣе. Мягкое небо на мѣстѣ. Изслѣдованіе опухоли показало *osteosarcoma*. Характеръ опухоли описанъ очень подробно. — О дальнѣйшей судьбѣ оперированнаго къ сожаленію не дано свѣдѣній.

#### № 12. (O. Heyfelder p. 352 Statist. etc.)

А. С. 48 лѣтъ принять въ больницу рабочихъ въ С.-Пб. 1/II, 59. Рудоконъ. былъ доселѣ здоровымъ, замѣтилъ 3 мѣсяца назадъ опуханіе правой щеки, которое стало быстро прибавляться и болѣть, зубы верхней челюсти справа начали шататься и выпадать. Мѣсяцъ назадъ опухоль и боль начали распространяться на лѣвую верхнюю челюсть, гдѣ зубы тоже стали шататься и выпадать.

Сильное напряженіе мягкихъ частей правой стороны, правая верхняя челюсть превратилась въ большое умѣренно-твердое новообразование, которое равномерно распространилось въ полость рта, наружу и въ глазницу. При пробномъ проколѣ различается на периферіи болѣе твердая, къ центру болѣе мягкія массы. На лѣвой сторонѣ мягкія части гораздо менѣе напряжены, верхне-челюстная кость представляетъ почти шарообразную массу, одѣтую тонкою костною корою и носящую нѣсколько раздвинутыхъ другъ отъ друга и шатающихся зубовъ. Дыханіе затруднено, въ особенности при закрытомъ ртѣ. Въ правой поздрѣ массы опухоли, глотаніе затруднено, рѣчь не ясна, сонъ не спокоенъ, лицо нѣсколько отечно, обезображиваніе весьма значительно. Быстрое развитіе болѣзни указывало на злокачественное новообразование, а именно *Carcinoma medullare*, для устраненія котораго необходимо было удалить обѣ верхне-челюстныя кости.

Операция 4/II 59. Разрѣзъ мягкихъ частей отъ glabella, до срединѣ спинки носа и верхней губы; отъ начала его второй разрѣзъ до внутреннихъ угловъ глазъ. По отдѣленіи лоскутовъ обѣ верхнія челюсти были обнажены. Соединенія со скуловой, носовой и лобной костями обѣихъ сторонъ раздѣлены цѣпочной пилой, сошникъ перерѣзанъ ножницами. По отдѣленіи мягкаго неба отъ задняго края твердаго новообразование, простиравшееся на право до вѣснаго отростка нижней челюсти, удалено безъ особеннаго труда. Довольно значительное кровотеченіе изъ внутренней поверхности раны остановлено каленымъ желѣзомъ. Кожная рана соединена узловыми швами, на верхней губѣ карлсбадскими иглами и покрыта восковой бумагой. Непосредственно послѣ операции больной проглотилъ нѣсколько ложекъ вина и бульону. Ночью покойный сонъ. Пульсъ спокойный и нѣсколько мягкій вслѣдствіе довольно значительной потери крови. На слѣдующій день 2 жидкихъ стула; вторую ночь онъ спалъ тоже спокойно, пилъ въ 4 часа и въ 5 ч. былъ найденъ въ постели мертвымъ. — Вскрытіе: Мозгъ нормаленъ, гнойная инфильтрація обоихъ легкихъ, гипертрофія и гиперемія печени, гипертрофія почекъ. Микроскопическое изслѣдованіе новообразования подтвердило діагнозъ.

№ 13. Lane. The Lancet 1862. Vol. I, p. 96.

*Sarcoma albuminosum*. W. H. 48 л. принять 12/X 60 г. съ большой опухолью в. ч., выполнявшей обѣ поздри и значительно выдававшейся въ полости рта. Лицо сильно обезобра-

жено, носъ выпяченъ впередъ, верхнія челюсти вздуты впередъ и вбокъ; въ полости рта большая неправильной формы опухоль, придавившая языкъ. Мягкое небо закрыто ею. Зубы, исключая на правой сторонѣ, выпали. На мѣстѣ твердаго неба мягкая эластичная опухоль съ нѣсколькими язвами. Микроскопическое изслѣдованіе показало одинъ изъ видовъ альбуминозной саркомы. Глотаніе и дыханіе затруднены значительно. Обоняніе и вкусъ весьма притуплены, зрѣніе нормально. Опухоль появилась 3—4 года назадъ въ видѣ обыкновеннаго полипа, была 3 раза удалена съ промежутками въ нѣсколько мѣсяцевъ, что доставляло каждый больному большое облегченіе. Последняя операція 9 м. назадъ.

Операция 21/XI 60. Наркозъ въ сидячемъ положеніи. Два симметричныхъ разрѣза, начинавшихся нѣсколько внутрь отъ угла рта и проведенныхъ слегка кнутри и сбоку носа къ внутреннему углу глаза. Отдѣленіе полученныхъ 3-хъ лоскутовъ отъ кости. Отдѣленіе костными ножницами в. ч. отъ скуловыхъ костей по fiss. orb. inf. Отдѣленіе носовыхъ отростковъ в. ч. Теперь надавливаніемъ сверху внизъ опухоль смѣщена была внизъ, оставивъ сзади около  $\frac{1}{3}$  своей массы; послѣдняя была удалена костными щипцами отъ tuberositas, pr. pterygoid, основной и небныхъ костей. Мягкія части отрѣзаны скальпелемъ и опухоль удалена. При изслѣдованіи огромной раны оказалось, что сошникъ долженъ быть тоже удаленъ. Удалены: обѣ верхнія челюсти, обѣ небныя кости, обѣ нижнія раковины, сошникъ, значительная часть рѣшетчатой кости. Перерожденная слизистая оболочка на основной части os. ossipit. не могла быть совершенно удалена. Довольно значительное кровотеченіе, однако ни одной лигатуры. Для опоры лоскутовъ въ полость рта введены компрессы изъ линта, а края раны сшиты непрерывнымъ швомъ (interrupted Sutures). — Швы были удаляемы на 5—10 день. — Erysipelas 2 раза. — Prima. Общее состояніе хорошо. Обнаженные поверхности во рту и носу стала мало по малу одѣвать слизистая оболочка. Черезъ 4 м. послѣ операции: 2 крѣпкихъ фиброзныхъ пучка — 1 на мѣстѣ зубнаго отростка, 2-й сзади, какъ бы образуя передній край мягкаго неба. Вездѣ по бокамъ слизистая оболочка, но сверху позади мягкаго неба и выходя изъ нижней поверхности основнаго отростка (basilarprocess) видна неудаленная при операции часть, теперь разросшаяся и имѣющая видъ грибовидной массы съ грецкій орѣхъ, кровоточащая при неосторожномъ прикосновеніи. Выростъ этотъ ежедневно смазывался полуторохлористымъ желѣзомъ и жжеными квасцами. Отверстія

Евстахievыхъ трубъ казались утолщенными. Больной покинулъ госпиталь 5/IV. 61. 16/XI. 61 (годъ послѣ операций) былъ совершенно здоровъ. Фунгозная опухоль безъ измѣненія. Слухъ вполне возстановился. Обезображиваніе довольно значительно, но L. считаетъ это пустякомъ въ сравненіи съ тѣмъ, что пациента ожидало.

№ 14. Billroth. Haltenhof. De la periostite et cet. Diss. Zürich 1866, p. 29.

P.-necrosis. F. B. 31 г. Съ Нового Года зубныя боли; по извлеченіи зуба щека стала опухать. Лѣвая щека опухла, болѣзненна при давленіи, ячейка извлеченнаго зуба отдѣляетъ зловонный гной. 4/VI по разсѣченіи десны извлеченъ секвестръ отъ перваго рѣза справа до втораго malaris слѣва и передняя ч. pr. pal. 31/X извлеченіе остатка правой  $\frac{1}{2}$  в. челюсти. Наркозъ. Обнаженіе кости посредствомъ долота, проведеннаго черезъ ротъ подъ мягкія части. Соединеніе съ os. zug. перерѣзано костными пожницами. Секвестръ содержалъ Antrum и lam. orb., зубной отростокъ разрушенъ каріознымъ процессомъ. Процессъ прогрессируетъ потому. 9/XII извлеченіе остатка лѣвой половины по описанному выше способу. Улучшенія не послѣдовало, 22/III смерть. Вскрытіе: абсцессъ въ передней половинѣ праваго полушарія.

№ 15. F. Ried. Jenaische Zeitschrift f. Med. u. Nat. B. I, 1864, S. 212.

Carcin. medull. pigmentos. (Id. Langen. Arch. B. VIII, 879.) G. W. 50 л. эконокъ, изъ здоровой и зажиточной семьи, самъ до сихъ поръ былъ здоровъ. Въ концѣ Августа 1860 получилъ ударъ копытомъ въ переднюю часть верхней челюсти и въ грудь, причемъ кожа на груди была содрана и выбиты нѣсколько переднихъ зубовъ. Зимой на томъ же мѣстѣ на груди появились маленькіе твердые „узелки“, которые медленно увеличивались, но не болѣли. Въ Февралѣ 1861 г. въ области лѣваго носоваго угла явилась опухоль, которая стала увеличиваться съ небольшими болями, соотвѣтствующій клыкъ сталъ шататься и былъ удаленъ. Опухоль пробилась въ полость рта, стала отдѣлять кровь и гной, изъ увеличившагося отверстія стали разрастаться губчатая, легко кровоточащая масса. Опухоль перешла и на правую сторону и выполнила передній отдѣлъ небнаго свода. Въ началѣ Мая W. явился въ хирургическую клинику, гдѣ ему предложена была частичная резекція обѣихъ верхнечелюстныхъ костей. Однако онъ обратился къ знахарю, который нѣсколько разъ удалилъ куски опухоли пожницами съ большой потерей крови. Въ результатѣ

такого леченія получилась весьма значительная слабость и малокровіе, потеря аппетита и бессонница. Кромѣ того явилось опуханіе подчелюстныхъ желѣзъ.

8/XII 61. W. вступилъ обратно въ хирургическую клинику. На лѣвой сторонѣ опухоль простирается до задней границы верхней челюсти и до скуловой кости, на верхъ до глазничнаго края и до processus nasalis; на правой сторонѣ вверхъ до глазничнаго края и назадъ до передняго кореннаго зуба. Наружная стѣнка верхней челюсти еще не раздута. Въ заднихъ частяхъ опухоль равномерно тверда какъ кость, въ переднихъ — болѣе бугриста, частью флюктуируетъ. Мягкія части нисколько не затронуты. Носъ въ нижней части приподнятъ и вывороченъ. Большая часть зубнаго отростка и все твердое небо превращена въ бугристую выдающуюся внизъ массу, которая легко кровоточитъ. Слева только одинъ послѣдній коренной зубъ, слабо держащійся въ ячeyкѣ. Справа 3 коренныхъ зуба, изъ коихъ 2 послѣднихъ сидятъ довольно прочно въ мало измѣненныхъ ячeyкахъ. Мягкое небо здорово. При изслѣдованіи пальцемъ чувствуются мягкія массы выдающіяся въ полость глотки и отдѣтыя еще слизистой оболочкой. Въ поздрыхъ такія же массы, частью синеваго-чернаго цвѣта (Пигментъ). Носъ для воздуха непроницаемъ. — Болѣзненное опуханіе правой подчелюстной желѣзы величиной съ лѣсной орѣхъ, мягкой консистенціи, на лѣвой сторонѣ опуханіе нѣсколько меньше. Въ области соска справа нѣсколько маленькихъ узловатыхъ припуханій, тоже въ правой подмышечной впадинѣ. Упадокъ силъ и опуханіе подчелюстныхъ желѣзъ Ried не считалъ противопоказаніемъ операций, ибо приписывалъ оба симптома предыдущей неправильной терапіи.

Операция 10/XII 61.

Наркозъ въ полусидячемъ положеніи, одинъ ассистентъ держалъ голову, наклоненную нѣсколько впередъ, другому поручено прижать сонную артерію въ случаѣ сильнаго кровотеченія. Разрѣзъ симметрично отъ середины скуловыхъ костей до угловъ рта. Полученный лоскутъ, содержащій носъ и верхнюю губу отдѣленъ отъ передней поверхности верхнихъ челюстей до края глазницы и носовыхъ отростковъ, такъ что грушевидное отверстіе было вполне обнажено. Мягкія части съ обѣихъ сторонъ отдѣлены до задняго края верхнихъ челюстей. Symphysis maxillo-zugomatica распилено легко и быстро цѣпной пилой; проведеніе ея посредствомъ мягкаго серебрянаго зонда съ ушкомъ справа было легко; слѣва, гдѣ fissura

orbitalis inf. была сужена опухолью, это было сопряжено с незначительными затруднениями. Оба носовые отростки перепилены сразу щипочной пилой, проведенной в каналъ, сдѣланный костнымъ сверломъ черезъ обѣ слезныя кости. Затѣмъ мягкое небо отдѣлено отъ задняго края твердаго поперечнымъ разрывомъ и соединеніе верхне-челюстныхъ костей съ крыловидными отростками раздѣлено съ обѣихъ сторонъ костными ножницами; наконецъ сошникъ перерѣзанъ ножницами возможно выше. Теперь обѣ верхнія челюсти держались только на рѣшетчатой кости. Давленіе на края глазницы легко разрушило это соединеніе. Ранѣ окончательнаго удаленія опухоли Nn. infraorbit. были перерѣзаны и надкостница глазницы отдѣлена отъ верхней стѣнки верхней челюсти; опухоль была удалена вполне. Рана внимательно осматрѣна, причемъ оказалось, что кромѣ лѣвой подглазничной артеріи, которая тотчасъ была перевязана, кровотеченія нѣтъ. Кровотеченіе во время операціи было умѣренное. Разрывы зашиты съ обѣихъ сторонъ тремя швами, между которыми положены узкія полоски коллодія. Микроскопическое изслѣдованіе показало Carcinoma pigmentosum (Pigmentkrebs).

Послѣ операціи, продолжавшейся, считая и хлороформированіе, почти  $\frac{3}{4}$  ч., больной былъ помѣщенъ въ кровати въ полусидячемъ положеніи, голова наклонена впередъ и повернута въ сторону, чтобы въ случаѣ послѣдовательнаго кровотеченія, кровь тотчасъ стекала бы наружу. — Больной ослабленный наркозомъ и операціей, къ обѣду уже оправился. Р. 100 малый. Больной пьетъ безъ труда бульонъ. Изъ рта течетъ кровянистая слюна. Вечеромъ Р. 120.

11/XII. Ночью довольно спокойный сонъ. Края раны опухли; соединительная оболочка инъецирована и отдѣляетъ слизь.

12/XII. Спокойная ночь, отекъ вѣкъ.

13/XII. Разрывы зажили per primam, верхніе швы удалены и замѣнены коллодіемъ.

14/XII. Отекъ вѣкъ и налитіе соединительной оболочки исчезаетъ.

15/XII. Нижніе швы тоже удалены и замѣнены collodium.

17/XII. Разрывы вполне зарубцевались. Въ ранѣ доброкачественное нагноеніе. Промываніе теплой водой. Больной получаетъ рубленую сырую ветчину съ бульономъ.

Пациентъ поправился и поразительно быстро стали прибавляться силы и вѣсъ. Опуханіе подчелюстныхъ желѣзъ справа значительно уменьшилось, слѣва исчезло. 6/I больной покинулъ кровать, а

26/I былъ выписанъ, причемъ снята фотографія (приложена). Обезображиваніе довольно значительно, Нижнія вѣки нѣсколько опущены, небольшое слезотеченіе, однако глаза могутъ быть вполне закрываемы. Сблизившіяся верхняя губа и мягкое небо оставляютъ только небольшое отверстіе между носовой и ротовой полостью. Нагноеніе прекратилось. Глотаніе жидкостей и мелко нарубленнаго мяса не представляетъ затрудненій. Рѣчь довольно ясна.

Больной былъ осматрѣнъ 10/III почти 4 мѣсяца послѣ операціи и найденъ вполне здоровымъ.

Весьма быстрое развитіе карциноза лимфатическихъ желѣзъ безъ мѣстнаго рецидива и смерть 9 мѣс. послѣ операціи.

#### № 16. Billroth. Haltenhof 43.

Н. J. 33 л. Принятъ 1/X. 61.

Р-песrosis. Съ 16 л. работалъ на фабрикѣ. Болѣе года назадъ появились зубныя боли, которыя по извлеченіи зуба не исчезли. 29/I. Извлеченіе средней части зубн. отр. Рана неба соединена желѣзной проволокой. 24/IV. Некрозъ распространился на часть л. верх. ч. 6/XI. 62. Извлеченіе секвестра черезъ ротъ. Секвестръ состоялъ изъ всего остатка зубн. отростка и тѣла в. ч. обѣихъ сторонъ вмѣстѣ въ скулов. отр. и глазничной пласт. правой стороны. Никакой реакціи не послѣдовало. Операція эта отразилась весьма благоприятно на истощенномъ больномъ. Обезображиваніе лица поражающее. 23/I 63 и II 63 извлечены еще 2 небольшие секвестра, тоже 29/V и 23/VI. Больной совершенно оправился, проведя въ Госпиталѣ 455 дней съ перерывами. Рѣчь неясна, съ носовымъ отдѣнкомъ, глотаніе затруднено, жеваніе весьма плохо. Со стороны рта видна плотная и утолщенная слизистая оболочка, отдѣляющая съ каждой стороны отверстіе, ведущее въ полость челюсти (?). Частичная регенерація кости. Въ 1864 г., когда рубцовое сморщиваніе придало частямъ окончательную форму и связь, больной получилъ протезъ изъ каучука съ зубами. Протезъ счастливо возстановилъ черты лица, значительно улучшилъ рѣчь и далъ возможность жевать твердую пищу. Больной очень доволенъ «помощью, оказанной ему наукой и искусствомъ».

#### № 17. Dummreicher. Wochenblatt d. Zeitschr. d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. Sitz. 3/III. 65.

Р-песrosis. 3 года назадъ была удалена пр. в. челюсти. Некрозъ прогрессировалъ, поэтому D. долженъ былъ удалить л. в. чел. и скулов. к. Извлеченіе ихъ послѣ предварительнаго исѣченія

клиновиднаго куска изъ тѣла чел., чѣмъ значительно облегчено удаление кости. *Pneumonia. Erysipelas. Смерть.*

**№ 18. Langenbeck (Hadlich, Diss. Berlin 1867).**

*Sarcoma. J. D. H.* 16 л. доселѣ здоровая. Въ окт. 66 начала развиваться *Sarcoma* безъ ясной причины. Лицо обезображено опухолью, выдающемся между открытыми губами съ куриное яйцо, желтовато-сѣраго цвѣта, бугристой, эластичной и часто кровоточившей. Границы: задній край *Septi naŕium, tubb. max.*, однако самая задняя ч. в. чел. здорова. Полость носа занята опухолью, твердое небо почти разрушено; не выпали только самые задніе зубы. Сильныя боли. Принимаетъ только жидкую пищу.

Операція 15/I. Слабый наркозъ. 2 разрѣза отъ наружныхъ угловъ глазъ къ угламъ рта. Опухоль спаяна съ кожей у праваго крыла носа, поэтому 3-й разрѣзъ *in plica naso-labialis*. Быстрое обнаженіе чел., хрящевой носъ отрѣзанъ отъ носовыхъ костей, восходящіе отростки обѣихъ верхнихъ чел. раздѣлены костными ножницами. Носовыя кости оставлены. *Pll. orb.* сохрѣнены, такъ же часть *pr. alv. sin.* съ 2-мя *dd. mol.* Затѣмъ раздѣленъ *Vomer*, мягкое небо отрѣзано отъ твердаго и в. ч. удалена. Кривыми ножницами изсѣчены частицы опухоли оставшіяся въ кожѣ. Кровотеченіе невелико, ни одной лигатуры. Кожныя раны зашиты. Микроскопическій діагнозъ: *Sarcoma fusiforme*.

24/I *Prima*. Небольшая лихорадка. Протезъ удерживаетъ мягкія части въ нормальномъ положеніи. Дальнѣйшая судьба пациентки неизвѣстна.

**№ 19. Podrazki. Oester. Zeit. f. pr. Heilk. 1873 № № 1, 2.**

*Osteoma. C. D.* 42 г. Принятъ 17/VII 69 съ опухолью обѣихъ в. ч. 4 года назадъ *Dacryocistitis* на лѣвой сторонѣ, излеченный 4-хъ педѣльнымъ катетеризированіемъ. 2 года спустя начала развиваться опухоль на лѣв. нос. отр., распространившаяся въ послѣдніе  $\frac{1}{2}$  г. на обѣ в. ч., и сильно выдавившая л. глазъ изъ орбиты, отъ чего впрочемъ зрѣніе нисколько не пострадало. Слизистая обол. твердаго неба стала изъязвляться, явился дурной запахъ изъ рта, зубы стали выпадать, полость носа закупорилась и 3 м. назадъ *Parotis* и желѣзы подъ угломъ н. ч. опухоли.

*Status.* Лицо вздуто, особенно налѣво около орбиты, *pr. zygomatic*, области носа и лѣвой стороны правой в. чел. Опухоль съ обѣихъ сторонъ доходить до нижняго края глазницы и выше *pr. zygomatic* лобной к., внизъ — до угловъ рта. Лѣвый глазъ выдавленъ, но подвижность его и зрѣніе нормальны. Кожа къ

опухоли не приросла, нормальнаго цвѣта. Опухоль тверда какъ кость, довольно гладкая поверхность ея имѣетъ нѣсколько гладкихъ бугроватыхъ возвышеній. Носовые ходы почти закупорены. Форма твердаго неба не измѣнена, слизистая оболочка его утолщена, на ней нѣсколько язвъ. Желѣзы подчелюстныя, на краю *Sterno-kleidomast.* и *Parotis* опухоли. По временамъ сильныя боли въ опухоли. Больной, которому указано на серьезную опасность операціи, выразилъ рѣшительное желаніе быть оперированнымъ.

Операція 18/VII. Срединный разрѣзъ отъ *glabella* до свободнаго края в. губы. Поперечные разрѣзы на право и на лѣво по *Margo infraorb.* Отдѣленіе *periorbitae*. На лѣвой сторонѣ *os zyg.* отрѣзана отъ височной к. листоновскими щипцами. Затѣмъ на обѣихъ сторонахъ проведена цѣпочная пила черезъ *fiss. orb. infer.* въ *fossa pterygo-pal.* и и кости распилены. Для отдѣленія корня носа былъ сначала сдѣланъ каналъ между обѣими глазницами молоткомъ и долотомъ и проведена черезъ него цѣпочная пила. Затѣмъ долотомъ раздѣлены нижнія пластинки глазницъ и перерѣзаны оба *nn. infraorbit.* Связь съ небными дугами перерѣзана. Затѣмъ кости были ухвачены костными щипцами въ области *rad. nasi* и удалены, причемъ мягкія части позади ихъ отрѣзаны постепенно ножницами. По причинѣ необыкновенной твердости кости, перепиливаніе было очень трудно и операція продолжалась болѣе часа. Кровотеченіе было довольно умѣренное, но больной сильно истощенъ послѣ операціи. По укрощеніи кровотеченія лоскуты пришиты многочисленными швами. Изсѣченное новообразование состояло изъ одного солиднаго куска кости. *Inc. purif.* сужена до размѣровъ минимальной щели. Первые дни послѣ операціи больной чувствовалъ себя довольно хорошо. На 3-й д. 40,2, но затѣмъ  $t^0$  упала. Лоскуты зажили *per primam*. На 5 д. Р и Т° быстро поднялись, сильный потрясающій ознобъ, который повторился на другой день. Ясно выраженная картина *пизми*. Смерть на 8-й д. Вскрытіе: *Meningit. basil. suppurat.*, въ правомъ среднемъ отдѣлѣ мозга большой абсцессъ. Въ легкихъ свѣжіе инфаркты.

**№ 20. Czerny P-necrosis. Wiener med. Wochenschr. 75, № 8, S. 149.**

Д. 40 л. работаетъ 14 л. на фабрикѣ, имѣлъ всегда хорошіе зубы. Годъ тому назадъ одинъ коренной зубъ на лѣво наверху началъ портиться. При поступленіи въ клинику 12/IX 70 въ верхней челюсти только слабо держащіеся 4 рѣзца и 2 коренныхъ

зуба справа. Все признаки вполне развившагося фосфорного некроза. Значительное исхудание и малокровие.

Операция 22/IX 70. По удалении зубов, слизисто-надкостничный покров твердаго неба обрѣзанъ по зубному отростку и и отдѣленъ распаторіемъ отъ кости. Отдѣление надкостницы отъ передней поверхности верхнихъ челюстей до грушевиднаго отверстия и *tuber. maxillae*. Отдѣление костной пластинки твердаго неба горизонтальными ударами пожа и извлечение ея изъ ея періостальной оболочки (*Periosttasche*) по освобожденіи слизисто-періостального покрова ея на днѣ носа тоже при помощи распаторія. Извлечение остатка верхней челюсти безъ пожа (*durch stumpfes Lösen der Weichtheile*); потребовалось только нѣсколько ударовъ ножомъ около скуловаго отростка. Лѣвая скуловая кость тоже удалена. На правой сторонѣ удаленіе труднѣе, ибо надкостница еще крѣпко держалась на верхнемъ отдѣлѣ носоваго отростка и глазничной пластинкѣ. Нижняя половина скуловой кости тоже удалена при помощи кожного разрѣза въ 1 д. Наружная рана зашита тремя швами; слизисто-періостальный покровъ твердаго неба пришить къ деснѣ. Для отведенія секрета раны вложены 2 дренажа въ полости удаленныхъ скуловыхъ костей и выведены черезъ ноздри. Продолжительность операции 1 ч. Кровотечение ничтожно, поэтому довольно глубокий наркозъ. — Промываніе раны въ первые дни каждые 2 ч. марганцовокислымъ кали. Реакція весьма незначительна. Результатъ: Щеки немного впали. Углы рта нѣсколько опущены, нижеглазничные края на ощупь очень тверды, какъ будто въслѣдствіе регенерация кости. Больной ѣстъ всякую пищу, рѣчь довольно ясна, какъ у человѣка безъ зубовъ верхней челюсти. 22/X онъ былъ отпущенъ въслѣдствіе настоятельнаго желанія. Общее состояніе отлично, раны зажили исключая 2 небольшихъ свища въ полости, соответствующія гайморовымъ. Свищи отдѣляютъ немного гноя.

24/X онъ принятъ въ госпиталь безъ сознанія. Причина смерти — *trombus sinus cavernosi*, происшедшій вѣроятно по причинѣ нецѣлесообразнаго ухода за полостью рта черезъ упомянутые свищи.

№ 21. Carothers *The Americ. Journal of the medical Sciences* 1875, p. 430.

Рабочій на свинцово-серебряныхъ рудникахъ. 36 л. 16 м. назадъ боли въ *dens malar. sup. sin.* Постепенно некрозъ распространился на обѣ в. ч., какъ при фосфорѣ. Ясно выраженный двухсторонний параличъ *n. radial.* 2 свища — одинъ подъ *Canth. ext.* лѣваго глаза, другой нѣсколько ниже его.

Операция 31/VI. 1873. При двухъ ассистентахъ. Разрѣзъ съ лѣвой стороны отъ внутренняго угла глаза по *Margo infraorbit.* черезъ верхнюю фистулу почти до середины и нѣсколько ниже скуловой дуги. Второй разрѣзъ соединялъ обѣ фистулы и продолженъ въ видѣ эллиса до угла рта (слѣд. наружно-боковой разрѣзъ комбинированный съ разрѣзомъ по *Margo*). Кровотеченіе при этомъ очень сильно; перевязка вѣтвей *a. facialis*, которыя были расширены по причинѣ воспаления. По отдѣленіи лоскута кость была вполне обнажена. *Os. zug.* найдена свободною отъ костныхъ соединеній и извлечена щипцами, такъ что лѣвая  $\frac{1}{2}$  дна глазницы удалена. Затѣмъ *pr. pal.* былъ отдѣленъ отъ мягкихъ частей ручкой скальпеля и перерѣзанъ костными ножницами. Затѣмъ л. в. ч. кость была осторожно удалена. Но при осмотрѣ раны оказалось, что и правая в. ч. некротизирована. Для предупрежденія дальнѣйшаго кровотеченія, которое и безъ него было огромно, С. рѣшилъ извлечь правую ч. черезъ существующее уже отверстіе. По отдѣленіи десны и носа отъ кости, пальцами ассистента правый уголъ рта былъ оттянутъ кнаружи и вверхъ насколько было возможно. Последнее было облегчено отсутствіемъ сопника, разрушеннаго уже процессомъ. Кость захвачена щипцами и при помощи долота и костныхъ ножницъ удалена съ нѣкоторымъ трудомъ. Остатки ея заботливо удалены. Разрѣзъ кости проведенъ на уровнѣ *for. infraorb.*, такъ что *pr. nas.* и *lam. orbit.* правой стороны сохранены. Хлороформъ только въ началѣ операціи, остальная часть ея при полномъ сознаніи пациента. При громадномъ кровотеченіи затеканіе крови въ дыхательныя пути неможно было предупредить. Перевязка *a. pal. ant.* была очень трудна. Рана закрыта серебряными швами. Промываніе раны карболовымъ растворомъ по нѣскольку разъ въ день. Удаленіе швовъ на 6-й день. *Prima*, исключая нѣсколько пунктовъ. Небо срослось съ противулежащею тканью верхней губы и щеки и было не настолько укорочено, какъ слѣдовало бы ожидать. Глотаніе и рѣчь удовлетворительны. Окончательное выздоровленіе по свѣденіямъ С.

С. сомнѣвается чтобы когда либо было произведено идеально полное удаленіе обѣихъ верхнихъ челюстей, утверждая, что болѣе или менѣе значительная часть всегда остается.

№ 22. Скифосовскій 1873. Лѣтопись Хирургич. Общ. въ Москвѣ, т. I. с. 210. 1876.

Ракъ. И. В. 48 л. Крѣпкій, съ хорошей мускулатурой мужчина. Лѣвая щека вздута, зубной отростокъ обѣихъ в. ч.,



передняя ее стѣнка и передняя половина твердаго неба представляютъ грибовидное гноящееся разращеніе грязно-бурого цвѣта. Исключая 2 на лѣвой сторонѣ, зубы выпали. Справа еще не разрушенъ зубной отростокъ на протяженіи 2-хъ см съ 4-мъ кореннымъ зубомъ. Начало болѣзни около 2 л. назадъ на краю ячеики рѣзца в. ч.

Операция 19/IX 73. Наркозъ. Trendelenburg. 2 симметричные разрѣза отъ наружныхъ угловъ глазъ къ угламъ рта. Лоскутъ, отдѣленный до нижнихъ краевъ глазницъ откинуть къ верху вмѣстѣ съ хрящевымъ носомъ. Затѣмъ цѣпочной пилой и долотомъ изсѣчена вся лѣвая в. ч. и правая за исключеніемъ части зубнаго отростка съ 1 кор. зубомъ. Кровотеченіе очень значительно, какъ при отдѣленіи лоскута, такъ и при распили. Наркозъ очень недостаточенъ — нѣсколько разъ припадки задушенія вслѣдствіе затеканія крови въ дыхательные пути. Наполненіе тампона воздухомъ должно было повторяться каждыя 2—3 минуты. Операция продолжалась около  $\frac{3}{4}$  ч. Лоскутъ пришить, серебряная трубочка изъ раны горла извлечена непосредственно послѣ операции, рана шеи закрыта узловатымъ швомъ, однако въ нижнемъ краѣ оставлено отверстіе въ 1 см. Заживленіе почти безъ лихорадки. Prima. Къ концу 5 нед. рана во рту почти одѣлась рубцомъ. 20/X 73 замѣчено небольшое возвышеніе въ горошину между оставленной части зубн. отр. и щекой. Микроскопическое изслѣдованіе показало разращеніе эпителия. Оно уничтожено повторными прижиганіями азотной дымящей кислотой; на его мѣстѣ развился крѣпкій рубецъ. Къ концу 2 м. между остатками мягкаго неба и верхней губой оставалось углубленіе въ  $4\frac{1}{2}$  см въ поперечникѣ съ краями изъ весьма плотной рубцовой ткани. Безъ протеза рѣчь почти непонятна, обезображиваніе значительно. Въ Апр. 1874 (7 м. послѣ опер.) вставленъ протезъ изъ твердаго каучука. Получилась вполне внятная рѣчь, возможность легко жевать и глотать пищу и восстановленіе очертаній лица. Боковые рубцы незамѣтны. — Микроскопъ подтвердилъ діагнозъ.

№ 23. Estlander. Virchow u. Hirsch. Jahresbericht der gesamt. Med. 76. II. 415 (I) Nord. med. Arz. XI. 4, № 30 1879.

Sarcoma. J. L. 51 г. Принять 10/III 74. Начало болѣзни годъ тому назадъ. Не тронута только обращенная къ правому глазу часть правой в. ч. Velum pal. здорово и железы не опухли.

Операция. Мягкія части лѣвой щеки были отдѣлены

двумя лоскутами. такъ что одинъ изъ нихъ, кнутри отъ находящейся подъ наружнымъ угломъ л. глаза опухоли, питался art. max. ext., другой, наружный, оставленъ въ соединеніи съ кожей виска и предназначенъ для покрытія дефекта по удаленіи перерожденной кожи. Лѣвая скуловая к. и л. в. челюсть резецированы „по обыкновенному способу“; отъ праваго внутр. глазнаго угла симметрично съ другой стороной проведенъ разрѣзъ черезъ крыло носа къ в. губѣ, такъ что на spina nasal. прикрѣплялся трехугольный лоскутъ. Затѣмъ мягкія части отдѣлены отъ кости, которая была перепилена изъ верхней части Aper. purif. тотчасъ подъ for. infraorb. и правая ч. отдѣлена отъ Septum nasi, такъ что правая os. pal. осталась на Vomer (?) и служила для прикрѣпленія Velum pal. Шовъ. Prima. 19/V 74 пац. отпущенъ съ обезображиваніемъ, меньшимъ, чѣмъ можно было ожидать.

№ 24. Simon. Langenb. Arch. Bd. 19. S. 728.

P. R. 44 г. Epithelioma. Весной 71 пациентъ замѣтилъ бородавку на срединѣ носа, которая, не взирая на леченіе мазями и прижигающими средствами, въ теченіе 2-хъ лѣтъ постоянно росла и принудила пациента обратиться въ Гейдельбергскую больницу въ Іюнь 73. До II/75 4-хъ кратное удаленіе частей скелета лица по причинѣ постоянныхъ рецидивовъ. Въ Февр. 75 замѣчено распространеніе новообразованія на обѣ верхнія челюсти.

Операция 26/II 75. Трахеотомія (безъ тампонаціи трахеи) единственно потому, что при предыдущихъ операціяхъ наблюдались припадки задушенія, обусловленные разрастаніемъ опухоли въ полость глотки. Полный наркозъ до конца операціи. Разрѣзъ мягкихъ частей не типиченъ въ зависимости отъ раковаго разрушенія кожи. Образованы 2 лоскута, которые откинута по отдѣленіи отъ костей кнаружи. Лобные отростки скуловой кости и обѣ скуловые дуги раздѣлены костными ножницами, отдѣленіе обѣихъ верхнихъ челюстей сзади при помощи долота, причемъ обѣ небныя кости тоже удалены, мягкое небо сохранено. Удалены тоже часть сошника и рѣшетчатой кости. Кровотеченіе было довольно значительно, однако благодаря вытиранію рта губками въ трахею ничего не проникало; сосуды частью перевязаны, частью закрыты каленымъ желѣзомъ. Мягкое небо пришито 4-мя швами въ оставленной самой задней части слизистой оболочки полости рта. Большой дефектъ вслѣдствіе удаленія раково перерожденной кожи на лѣвой щекѣ и всей области носа закрыть двумя лоскутами изъ виска и лба; однако въ области носа небольшое отверстіе не могло быть закрыто. Хотя

были удалены обѣ верхнія челюсти, обѣ скуловые кости, обѣ небныя, сошникъ, большая часть рѣшетчатой и скуловой отростокъ правой височной кости, были произведены 2 большія трансплантации и сдѣлано оперативное расширение рта, хотя потребовалось наложить 86 швовъ и операція продолжалась 4 часа, реакція была ничтожна. Температура только одинъ разъ поднялась до 38,8. Первичное натяженіе. Канюля удалена на 8-й день; оставлена была такъ долго за тѣмъ, чтобы исключить дыханіе черезъ ротъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ колебаніе трансплантированныхъ участковъ. Опуханіе и сильное налитіе соединительной оболочки постепенно исчезли. На лѣвомъ глазу неполное закрываніе вѣкъ, Epiphora. Зрѣніе ослаблено, диплопія, колебаніе буквъ при попыткахъ чтенія. Рѣчь удовлетворительна. 6/IV выписанъ. Искусственный носъ изъ papier-maché уменьшилъ весьма значительное обезображиваніе. Рис. у Tillmanns'a. Черезъ 3 мѣсяца рецидивъ въ рубцѣ въ Сентябрь, 7 мѣс. послѣ операціи, смерть отъ истощенія.

**№ 25. Simon 1875. Sarcoma globocellulare. Lang. Arch. B. 19.**

С. В. 53 л. Принятъ въ началѣ Мая 75. До сихъ поръ былъ всегда здоровъ. Лѣвая щека опухла, тверда, корень носа значительно расширенъ. На твердомъ небѣ по средней линіи прободеніе въ полость носа. Дыханіе черезъ носъ почти невозможно. У праваго угла нижней челюсти желѣзы нѣсколько опухли. Начало болѣзни осенью прошлаго года въ видѣ небольшой язвы на твердомъ небѣ.

Операція 12/V 75. Полный наркозъ въ лежачемъ положеніи. Двусторонній разрѣзъ отъ середины скуловыхъ костей до угловъ рта, лоскутъ вмѣстѣ съ отдѣленнымъ отъ грушевиднаго отверстія носомъ откинуть къверху. По освобожденіи обѣихъ ossa maxillaria помощью долота и пилы, онѣ были удалены вмѣстѣ съ носовыми костями, сошникомъ, отвѣсной пластинкой рѣшетчатой кости. Однако вполнѣ удалить опухоль не удалось, послѣдніе остатки ея осторожно выскоблены острой ложкой на основаніи черепа. Средняя часть кожи носа тоже должна была быть удалена. Слизисто-періостальный покровъ твердаго неба не могъ быть сохраненъ. Кровотеченіе незначительно. одинъ сосудъ перевязанъ. Верхушка носа на пространствѣ 2 см, сохранена, пришта швами къ оставленной части носа. — Въ послѣ операціонномъ періодѣ въ началѣ ничего особеннаго, реакція весьма незначительна. Глотаніе безпрепятственно уже съ перваго дня. Верхняя часть лица, особенно вѣки значительно опухли, Chemosis. На 3-й день кон-

чикъ носа отдѣлился и упалъ внизъ. Обильное пагноеніе съ дурнымъ запахомъ къ началу Іюня совершенно исчезло, рана очистилась, полость ея уменьшилась. По временамъ диплопія. Въ срединѣ Іюня замѣчены въ зѣвѣ на обѣихъ сторонахъ массы опухоли, которыя чрезвычайно быстро росли, одновременно опухли опять нижнія вѣки. 18/VII, 21/VII обія клоническія судороги съ потерей сознанія. Въ концѣ Іюля сильная одышка, вѣдствие того, что массы опухоли въ зѣвѣ почти соприкасаются по средней линіи. Значительныя кровотеченія въ послѣднее время, обусловленныя рецидивомъ.

2-я операція 30/VII. Лицо разрѣзано по срединѣ и саркома удалена насколько возможно. На 9-й день смерть отъ менингита. Вскрытіе: въ pharynx гниющія остатки саркомы, Meningitis basilaris, скопленіе гноя въ области Pontis.

**№ 26. Ried. Id. 693 № 35.**

W. 37 л. P-necrosis. Работаетъ на фабрикѣ 7 лѣтъ. 3 недѣли назадъ боли въ лѣвой челюсти. 15/VII 81. Удаленіе омертвѣвшаго куска въ области D. praemol. II съ помощью щипцовъ. — 5/X. Рецидивъ. Разрѣзъ отъ слезнаго мѣшка вертикально внизъ черезъ губу, 2-й параллельно нижнему вѣку кнаружи. Твердое небо и передняя стѣнка Antrum удалены. IV 82. Рецидивъ и въ правой верхней челюсти. Наружно-боковой разрѣзъ съ обѣихъ сторонъ, удаленіе остатка лѣвой верхней челюсти и нижней части правой. 24/X 82. Рецидивъ на правой в. ч. Наружно-боковой разрѣзъ справа по рубцу, 2-ой горизонтально къ носу. Скуловая кость и нижняя пластинка глазницы удалены. IV 89. Пациентъ здоровъ, работаетъ на фосфорной фабрикѣ. Лицо значительно обезображено, въ особенности на правой сторонѣ вѣдствие сильнаго выворота нижняго вѣка. Едва замѣтные слѣды разрѣзовъ. Частичная регенерация твердаго неба. Рѣчь очень неясна. Глотаніе безпрепятственно. Протеза не получилъ.

**№ 27. Ried. Lang. Arch. B. 39, S. 624. № 7.**

С. G. 37 л. P-некрозъ. Принятъ 12/V 71. Работаетъ 12 л. на фабрикѣ фосфорныхъ спичекъ. Въ 1867 г. замѣтилъ непрочность верхнихъ рѣзцовъ и образованіе свищей подъ глазомъ. Троекратной операціей постепенно были удалены зубные отростки верхнихъ челюстей, большая часть тѣла и все твердое небо. 12 л. спустя рецидивъ. 12/XII 83 удалены остатки правой верхней челюсти и правая скуловая кость. Выздоровленіе. — 87 г. смерть отъ суженія пищевода. Рецидива не было.

№ 28. Bellamy 83. Med. Times and. Gaz. Vol. II. p. 452, 1883. Schmidt's Jahrb. B. 207. 1885, p. 45.

Epithelioma. Р. 58 л. принять 27/IX 83 съ опухолью всего твердаго неба и в. ч. Всегда былъ здоровъ. 5 м. назадъ замѣтилъ небольшое опуханіе твердаго неба позади рѣзцовъ правой в. ч. Знахарь сдѣлалъ ему разрѣзъ послѣ чего рана стала быстро разрастаться и отдѣлять гной.

Status. Большая язва на твердомъ небѣ, переходящая отъ рѣзцовъ на мягкое небо, кнаружи на право простирающаяся до коренныхъ зубовъ, изъ коихъ нѣкоторые выпали. На лѣво язва переходитъ нѣсколько за среднюю линію. Края язвы утолщены и выворочены, дно покрыто гніющими массами. Зондъ черезъ твердое небо проходитъ въ полость носа. Секретъ съ дурнымъ запахомъ. Железъ нѣтъ.

Операция 4/X 83. Полный наркозъ. Удаленіе зубовъ. Затѣмъ операция по Ruge: верхняя губа и носъ отдѣлены отъ в. ч. и отодвинуты наверхъ, такъ что переднія хоаны можно было хорошо обозрѣть. Затѣмъ въ полость носа введена маленькая крѣпкая пила и твердое небо раздѣлено частью ею, частью листоновскими ножницами. Отдѣленіе мягкихъ частей отъ кости; каждая половина в. ч. схвачена костными щипцами оттянута въ сторону и листоновскими ножницами отрѣзаны всѣ больныя ткани. Такимъ образомъ удалены обѣ в. ч. до planum orbitale и края раны сглажены крѣпкими ножницами. Прижиганіе всѣхъ кровоточащихъ мѣстъ. Кровотеченіе ничтожно. Авторъ особенно рекомендуетъ листоновскія ножницы для разрѣза мягкихъ частей ибо онѣ вслѣдствіе своего разможающаго ткани дѣйствія отлично устраняютъ сильное кровотеченіе.

4/X Вечеромъ  $t^{\circ}$  103°, 4.

5/X  $t$  99°.

8/X Утр. 100. 4. Веч. 101,6.

9/X. Общее состояніе отлично. Контуръ лица не измѣнены.

№ 29. Lauenstein. Письменное сообщеніе автора 1883 г.

Carcinoma maxillae superioris sinistrae. F. D. 65 лѣтъ. Въ теченіе послѣднихъ шести недѣль постепенное закупориваніе лѣвой ноздри. Лѣвая щека нѣсколько полнѣе правой, въ особенности въ области лѣваго нижняго вѣка. Лѣвая половина носа раздута, лѣвая ноздря выполнена красноватою выдающеюся наружу опухолью. Лѣвая верхняя челюсть болѣзненна. Зубы на ней отсутствуютъ. Въ области двухъ послѣднихъ корен-

ныхъ зубовъ два небольшихъ плоскихъ изъязвленія. Въ хоанахъ палецъ опухоли не чувствуетъ. 4/I 83 г. Предварительная трахеотомія. Перерѣзаны верхнія кольца трахеи, причемъ isthmus thyreoideae оттянуть къ низу. Введена канюля Michael'я.

6/I 83 г. Операция. Наркозъ черезъ канюлю въ лежащемъ положеніи. Въ носоглоточное пространство введенъ толстый ватный тампонъ съ ниткой. Разрѣзъ слѣва по Fergüsson'у. По отдѣленіи щечнаго лоскута и перевязки сосудовъ катгуттомъ Kocher'a, была обнажена гноящаяся опухоль, исходящая изъ области передней стѣнки верхней челюсти. Когда Тенонова канюля была обрѣзана по краю глазницы, то оказалось, что все дно послѣдней и слезная кость уже разрушены. Processus nasalis вмѣстѣ съ os. zygomaticum отдѣленъ Листоновскими костными ножницами въ направленіи fissurae orbitalis inferioris. Затѣмъ послѣ разрѣза слизистой-періостальнаго покрова твердаго неба нѣсколько лѣвѣе средней линіи и отдѣленія его отъ кости, перерѣзанъ processus alveolaris по срединѣ. Теперь при внимательномъ изслѣдованіи хоанъ палецъ чувствуетъ на обѣихъ сторонахъ массы опухоли, и velum оказывается тоже сильно утолщеннымъ. Челюсть была схвачена щипцами Fergüsson'a и отломлена въ переднемъ ея отдѣлѣ, при чемъ оказалось, что весь задній отдѣлъ ея раково перерожденъ. Опухоль удалена острой ложкой. Жиръ глазницы дѣлаетъ впечатлѣніе совершенно здоровой ткани. Затѣмъ были удалены раковыя массы, совершенно выполнявшія лѣвую носовую полость. При этомъ замѣчено, что также и твердое небо правой стороны и все дно носовой полости вмѣстѣ съ соушкомъ и мягкимъ небомъ вовлечено въ страданіе. Раковыя массы удалены острой ложкой изъ правой носовой полости. Такъ какъ и правая верхняя челюсть захвачена была ракомъ, то рѣшено удалить и ее. Наружно-боковой разрѣзъ. Отдѣленіе мягкихъ частей, носъ и область правой щеки откинута кверху. Раздѣленіе процес. nas. и передней стѣнки верхней челюсти тотчасъ подъ margo infraorbitalis при помощи долота и молотка. Дно глазницы справа совершенно здорово. Скуловая кость оставлена. Напротивъ того processus alveolaris и справа удаленъ полностью. Наконецъ удалены небныя дуги вмѣстѣ съ язычкомъ и остаткомъ мягкаго неба, которыя оказались тоже перерожденными. Также и рѣшетчатая кость удалена, ибо слизистая оболочка оказалась подозрительной. Перевязка катгуттомъ. Сглаживаніе всей раны острой ложкой, ножницами и пинцетомъ. Промываніе борной кислотой. Вся рана опы-

лена йодоформомъ. Лоскуты укрѣплены швами изъ кѣтгута Kocher'a. Продолжительность операции  $1\frac{1}{2}$  часа. Больная все время находилась въ спинномъ положеніи. Канюля Michael'я оказалась безукоризненной. Дыханіе все время оставалось свободнымъ и равномернымъ безъ всякаго признака суффокаціи. Линіи швовъ на лицѣ посыпаны смѣсью йодоформа и борной кислоты. Въ 8 часовъ вечера у больной нѣсколько разъ выдѣлялся при кашлѣ кроваво-окрашенный секретъ. Дыханіе вновь свободно. Выпила нѣсколько ложекъ молока. Ротъ промытъ салициловымъ растворомъ и вытертъ влажной ватой. Въ послѣоперационной періодѣ лихорадки не наблюдалось.

7/I испражнения состоящіе изъ 150 gr. густой крови. Уже вечеромъ въ день операции лѣвый глазъ сталъ сохнуть. Роговица потеряла блескъ и помутнѣла (Atropin).

8/V. Лѣвое нижнее вѣко не поднимается. Верхнее нѣсколько паретично. Склеральные сосуды вокругъ роговицы налиты. Сама cornea еще болѣе мутна, покрыта частичками слизи. Зрачекъ нѣсколько расширенъ. Зрѣніе сохранено.

9/I. Bulbus слѣва болѣе и болѣе спадается. Cornea мутнѣетъ. Зрѣніе слабѣетъ. Канюля удалена совершенно.

10/I. Со вчерашняго вечера употребленіе желудочнаго зонда оставлено. Больная хорошо глотаетъ пищу, состоящую изъ сухаря съ молокомъ, яицъ и сыраго мяса. Ротъ ежедневно промывается салициловымъ растворомъ. Разрѣзы всѣ зажили. Лѣвый глазъ уменьшается, cornea мутнѣетъ.

14/I. Измѣненія на лѣвомъ глазу прогрессируютъ. Chemosis conjunctivae. Промываніе конъюнктивы салициловымъ растворомъ. Atropinum. Влажная повязка на глазъ. Зажившій рогъ primatъ разрѣзъ правой щеки вновь вскрылся послѣ образованія абсцесса соотвѣтственно ходу D. Stenon.

20/I. Нижнее вѣко справа сильно отечно. Общее состояніе неизмѣнно хорошо. Cornea лѣваго глаза сильно выпячена, молочно-бѣлаго цвѣта. Обильное гноетеченіе изъ верхняго края праваго разрѣза. Рана на шеѣ гранулируетъ.

27/I. Въ конъюнктивальномъ мѣшкѣ лежитъ хрусталикъ желтоватаго цвѣта — Perforatio corneae. Отекъ лѣваго нижняго вѣка. Больная встаетъ съ кровати. Рѣчь очень ясна.

7/II 83. Больная демонстрирована въ Общество врачей въ Гамбургѣ. Рана на правой щеки зажила. Функции D. Stenon. не пострадали.

№ 30. Berger (Bull. de la Societé de Ch. Cnfr. Gaz. des Hop. 84, p. 429. Schmidt's Jahrbücher 85. B. 207, S. 45).

D. 42 л. Замѣтилъ опухоль 1 г. назадъ, съ того времени правосторонній невралгій лица. За операцией на зубномъ отросткѣ и твердомъ небѣ послѣдовалъ рецидивъ, который выраженъ наиболѣе справа, но занималъ переднюю половину обѣихъ верхнихъ челюстей и твердое небо. Кромѣ того отростокъ опухоли надъ правымъ зубнымъ отросткомъ кверху и въ правомъ носовомъ проходѣ. Правая половина лица значительно вздута.

Операция. Разрѣзъ отъ наружнаго угла глаза вдоль margo infraorb. къ носу и затѣмъ по носу до носовой перегородки. Послѣ удаленія правой в. ч. обнажена передняя поверхность лѣвой, трепаномъ вскрыта Гайморова полость и по извлеченіи Dent. mol. 1, до котораго простиралась опухоль, изъ этого пункта лѣвая в. ч. резецирована Листоновскими ножницами выѣстъ съ частью твердаго неба. Шовъ изъ Silk-worm-gut. Заживленіе съ лихорадкой, но безъ осложнений. Микроскопическое изслѣдованіе показало: Chondro-Sarcoma. Черезъ  $\frac{3}{4}$  года рецидивъ, который и былъ удаленъ также какъ опухоль лѣвой челюсти посредствомъ трепанации лѣвой Гайморовой полости, вновь образовавшейся отъ сращенія оставленной части носовой перегородки съ остаткомъ неба. Твердое небо и носовая перегородка удалены. Въ послѣоперационномъ періодѣ рожа. Нѣсколько мѣсяцевъ спустя рецидива еще не было.

№ 31. Billroth (Lang. Arch. B. X, S. 77, № 4).

J. H. 33 л. p-necrosis. Продолжительность болѣзни  $2\frac{1}{2}$  г. Удалены обѣ верхнія челюсти и обѣ скуловые кости. Довольно значительная регенерация prr. nasalis, orbit, zygomat, такъ что по вставленіи протеза съ зубами абсолютное отсутствіе обезображиванія. Рѣчь вполне удовлетворительна. 5 л. послѣ операции нѣтъ рецидива.

№ 32. Бобровъ. Письменное сообщеніе автора изъ моск. факульт. хирург. клиники.

M. K., 33 л., крестьянинъ. Будучи 28 л. поступилъ на спичечную фабрику, гдѣ работалъ въ теченіи трехъ лѣтъ. Назадъ тому  $1\frac{1}{2}$  г. началъ болѣть и вскорѣ выпалъ лѣвый верхній клыкъ; затѣмъ хотя больной и прекратилъ свою работу на спичечной фабрикѣ, однако болѣзнь прогрессировала: появилась постоянно увеличивающаяся припухлость верхней челюсти, зубы валились одинъ за другимъ, нагноеніе и дурной запахъ изо рта. Черезъ  $\frac{1}{2}$  года образовалось нѣсколько свищевыхъ отверстій надъ переднюю сто-

роною обѣихъ верхнихъ челюстей. Въ Сентябрѣ 1884 года больной представлялся блѣднымъ, истощеннымъ. Т—38—38,5. Небная кость обнажена и подвижна, обѣ верхнечелюстные кости, а также обѣ скуловые обнажены по всей передней сторонѣ. Выдѣляется масса густого вонючаго гноя. Въ теченіи 2 недѣль, благодаря тщательной дезинфекціи полости рта и ежедневно двукратному промыванію свищей, а также закладыванію полосокъ іодоформенной марли нагноеніе уменьшилось и Т— пала до нормы.

18. Сентября 1884 г. Подъ хлороформомъ разрѣзъ по Диффенбаху черезъ спинку носа и подъ краемъ глазной впадины до середины скуловой дуги съ той и другой стороны. Лоскуты отдѣлены вмѣстѣ съ надкостницею, перепилены скуловые кости, внутренняя половина которыхъ была уже въ состояніи полного омертвѣнія и затѣмъ, съ помощью щипцовъ, вынуты всѣ омертвѣвшія и отдѣлившіеся уже демаркаціонными линіями кости (обѣ верхнечелюстные, скуловые и небная). Нижнія стѣнки глазницъ и задніе отдѣлы верхнечелюстныхъ костей оказались въ цѣлости и не омертвѣли, но рѣшетчатая кость некротизирована, а потому значительная часть рѣшетч. к. удалена съ помощью долота; у основанія черепа изъ опасенія вскрыть полость его, оставлена, по видимому, часть омертвѣвающей пластинки. Полость раны выполнена полосками іодоформной марли; мягкія покровы вмѣстѣ съ надкостницею твердаго неба пришиты въ горизонтальномъ положеніи; швы на кожные лоскуты. Послѣоперационное теченіе вполне удовлетворительно, лишь на 3-ій день Т— поднялась до 38°. Общее состояніе и аппетитъ постепенно улучшались. Отдѣляемого изъ раны немного; рана выполняется грануляціями. Черезъ 2 мѣсяца, когда уже въ глубинѣ раны почти закончилось рубцеваніе и только соответственно остатку рѣшетчатой кости прощупывалась зондомъ обнаженная кость, питаніе постепенно стало падать, Т— по вечерамъ 38—38,5, ознобы, сухой кашель, при выслушиваніи въ обѣихъ верхушкахъ сухіе хрипы и усиленный выдыхъ. Больной началъ слабѣть, присоединились неустойчивые поносы и черезъ 4 мѣсяца послѣ операціи больной умеръ.

При вскрытіи: разсѣянные въ изобиліи туберкулезные узлы (отъ коноплянаго зерна до лѣснаго орѣха) въ обѣихъ легкихъ; peritonitis et pleuritis tuberculosa. Ulcera tuberculosa intestinorum.

**№ 33. Braun. Lang. Arch. B. 39, S. 619, № 46.**

D. R. 49 л. Р-necrosis. Принятъ 25/II 85. Съ юности работаетъ на фабрикѣ. Обыкновенные признаки фосфорнаго не-

кроза въ начальной стадіи. До 20/II 87 5 разъ оперированъ. 18/IX 85 Fergusson съ обѣихъ сторонъ. 20/II 87 >типичный разрѣзъ«. Послѣ каждой операціи выздоровленіе, но черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ рецидивы. Смерть 23/III 87 при явленіяхъ менингита. Вскрытіе: гнойный менингитъ, некрозъ клиновидной кости.

**№ 34. Küster. 1886. (Langenb. Arch. B. 28. Письменное сообщеніе автора.)**

Т. В. 54 г. Принятъ 23/VIII 86. Carcinoma max. sup. utriusque. Въ началѣ этого года В. замѣтилъ затвердѣніе на твердомъ небѣ, которое постепенно увеличивалось, причиняло боли и затрудняло дыханіе при закрытомъ ртѣ. Глотаніе нормально, жеваніе твердой пищи болѣзненно.

Status. Сильный мужчина. Общее состояніе отлично. Лѣвая верхняя челюсть въ области fossa canina раздута. Во рту массивная, довольно плотная опухоль, которая на лѣво переходитъ за зубной отростокъ, на право затронуто только involutum palati, зубной отростокъ здоровъ. Впередъ опухоль простирается до зубнаго отростка, назадъ — до мягкаго неба. Въ носоглоточномъ пространствѣ опухоли нѣтъ. Опухоль бугристая, лежитъ подъ слизистой оболочкой, на коей въ 2-хъ мѣстахъ язвы. Обонаніе и слухъ нормальны. Шейныя желѣзы не прощупываются.

24/VIII 86. Tracheotomia sup. Тампонирующая канюля (чь?). Губка надъ нею въ гортань. Разрѣзъ соответственно лѣвой границѣ крыла носа и filtrum. 2-й — по нижнему краю орбиты до скуловой дуги. Отсепарованіе лоскута. Вся челюсть превращена въ опухоль. Полная резекція. Нижняя и средняя носовыя раковины и вся правая челюсть перерождены. Удаленіе ихъ долотомъ по отдѣленіи носа и щеки. Оставлена только небольшая здоровая часть въ области fossa pterygo-palatina; тампонада газомъ, непрерывный шовъ, коллодій. Наркозъ прекрасенъ. Кровотеченіе умѣренно. Продолжительность операціи 35 м. Р. послѣ нея хорошъ. Микроскопъ подтвердилъ діагнозъ.

25/VIII. Черезъ 2 ч. значительное кровотеченіе, остановлено плотной тампонадой газомъ. Канюля удалена. Самочувствіе хорошо.

26/VIII. Пациентъ глотаетъ жидкую пищу самъ. Зондъ оставленъ, ибо вызываетъ рвоту.

30/VIII. Со вчерашняго дня рвота и поносы. Отказъ отъ пищи. Пациентъ слабѣетъ болѣе и болѣе и умираетъ. Вскрытіе. Разрѣзы прочно срослись. Вся полость раны, выполненная там-

пономъ, покрыта здоровыми грануляціями, безъ признака запаха или гноя. Сердце мало, сокращено. Мускулатура бурого цвѣта. Оба легкія значительно спались (*sehr atelectatisch*). Селезенка очень плотна. Въ обѣихъ почкахъ очень сильное паренхиматозное помутнѣніе, въ корковомъ слое мѣстами ожиреніе, во многихъ клубочкахъ отложеніе извести. *Gastritis haemorrhagica*, *Enteritis haemorrhagica*. Въ печени ясный рисунокъ мускатнаго орѣха. (Отравленіе сулемой? Предположеніе реф. Birnbaum'a).

**№ 35. L. Servais. Письменное сообщеніе автора.**

Женщина 20 л. Болѣзнь началась нѣсколько лѣтъ назадъ въ формѣ твердаго и красноватаго нароста въ углубленіи *fossa canina* правой стороны. Имѣя въ то время величину горошины, эта опухоль со времени своего появленія была мѣстомъ невыносимыхъ болей, какъ при самой сильной зубной невралгій, что и было причиной извлеченія всѣхъ зубовъ соответствующей стороны. Въ результатѣ явилось кромѣ прежнихъ болей весьма быстрое развитіе опухоли. Больная была много разъ оперирована, но ужасное кровотеченіе каждый разъ принуждало хирурговъ, прекратить попытку удалить опухоль. — Испробованныя затѣмъ прижиганія не имѣли успѣха и послѣ 10 лѣтъ страданія опухоль приняла колоссальные размѣры, значительно превышавшая голову взрослого человѣка. Опухоль чисто кровоточила и каждое кровотеченіе весьма пестощало больную. Кровотеченія эти уступали только полуторохлористому желѣзу. Не взирая на частыя кровотеченія, общее состояніе удовлетворительно. Видъ больной весьма непріятный — она имѣетъ видъ человѣческаго существа съ головой гипопотамы; такое сравненіе невольно приходитъ въ голову при взглядѣ на больную. Правая верхне-челюстная область значительно развита — она отѣсняется и совершенно закрываетъ ухо. *Margo infraorbitalis* пробѣгаетъ горизонтально. Носъ смѣщенъ наружу и нѣзво. Его лѣвое крыло соответствуетъ линіи, проведенной отъ середины лѣваго нижняго вѣка къ лѣвому углу рта. Всѣ кости лица смѣщены вслѣдствіе громаднаго развитія опухоли. Корень носа = 18 см. Лѣвая поздря пропускаетъ только тонкій зондъ. Ротовое отверстіе 55 см. Въ полости рта видна бугристая опухоль, которая простирается назадъ въ видѣ косаго вала справа на лѣво и занимаетъ все твердое небо. Находящаяся внѣ полости рта часть ея раздѣлена на 2 половины; каждая изъ нихъ величиною съ голову доношеннаго плода. Вертикальная борозда 5 см. глубиной раздѣляетъ обѣ доли. Эта борозда произошла вслѣдствіе дѣйствія

нижней челюсти, когда опухоль не вышла еще изъ полости рта (?). Борозда эта есть мѣсто эрозій, которыя кровоточатъ при легкомъ прикосновеніи. Внутри — щечный отдѣлъ опухоли (*la partie intra-buccale*) развитъ повидимому исключительно на счетъ *Antrum Hygromi*. Последняя достигаетъ размѣровъ головки доношеннаго плода, нижняя ея стѣнка опущена. Кожа, покрывающая нижно-переднюю область, истончена до крайности. — Части, соответствующія губамъ, раздуты и покрыты сѣтью артеріальныхъ сосудовъ, толщиною съ *a. radialis* взрослого человѣка. Кровь мало пластична — уколъ булавкой въ этой области достаточенъ, чтобы причинить смерть отъ кровотеченія. Слева опухоль заняла *les fosses nasales* и произвела путемъ наслоенія компактную кость, занимающую внутреннюю пластинку верхней челюсти, сошникъ и рѣшетчатую кость. Передняя стѣнка опухоли образована костной пластинкой толщиною въ  $\frac{1}{2}$  см. Верхняя ея часть захватываетъ восходящіе отростки обѣихъ верхнихъ челюстей, всю переднюю поверхность правой верхней челюсти, часть передней стороны лѣвой в. ч., продолжается вѣерообразно и уменьшаясь въ своемъ объемѣ по мѣрѣ удаленія отъ исходной точки, заканчивается безъ рѣзкой границы въ видѣ костной пластинки, которая образуетъ переднюю стѣнку этой солидной опухоли. Пластинка эта кзади переходитъ въ болѣе плотную кость, образующую *tuber. max.*, но послѣдняя подъ угломъ ниж. ч. утолщена болѣе нормальнаго, кверху и кнаружи эта костная пластинка переходитъ въ *os. zygomaticum*, которая значительно утолщена и увеличена. Книзу и кзади она соединяется съ костной пластинкой, образованной утолщеніемъ *rr. pal. верхнихъ челюстей* и *os. incis.* и обуславливаетъ громадный выступъ въ полости рта. Такимъ образомъ она образуетъ твердую наружную оболочку этого новообразованія. Небные отростки и небные кости принимаютъ участіе въ образованіи этой оболочки, но опухоль рѣзко отграничена отъ мягкаго неба. Длина этой опухоли, измѣряемая отъ середины *Margo infraorb.* = 38 см. Ротовое отверстіе увеличено и = 55 см. Черезъ него выдается раздутая опухоль, простирающаяся назадъ въ видѣ косвеннаго валика, опираясь болѣе на горизонтальномъ отросткѣ правой небной кости, чѣмъ лѣвой. Границы ея рѣзки, бугристости нѣтъ, глазница не приняла участія въ развитіи опухоли, судя по положенію глаза и нормальной функціи этого органа. Пульсаціи и дуящаго шума въ опухоли нѣтъ. Функція обонянія уничтожена, слухъ нормаленъ. Глотаніе твердой пищи невозможно.

**Diagnosis: osteofibroma.** — Удаление опухоли авторъ рѣшилъ произвести *par morcellement*, безъ предварительной лигатуры *carotis*, не смотря на угрожающее значительное кровотечение, перевязывая каждый кровоточащій сосудъ. На всякій случай онъ былъ приготовленъ къ перевязкѣ *carotis*. Авторъ предпочелъ разрѣзъ *Fergusson'a*. Предварительно онъ наложилъ лигатуры на колоссально расширенныя *an. cor. labiorum*, не затягивая ихъ. Разрѣзъ мягкихъ частей однако вызвалъ такое кровотечение, что авторъ былъ вынужденъ наложить лигатуру *carotis*. Кровь заливала ротъ и угрожала задушить больную. Лигатура *carotis* значительно умѣрила кровотечение, такъ что авторъ могъ продолжать операцію, не беспокоясь потерей крови. Удаление опухоли было начато со среднихъ частей *par morcellement*, причемъ передъ удаленіемъ каждаго кусочка производилось прижиганіе термокастеромъ на глубину приблизительно  $\frac{1}{2}$  см. Это не причиняло болѣе большой и значительно уменьшало потерю крови. Затѣмъ очень утолщенный на этомъ мѣстѣ періостъ былъ сдвинутъ изнутри кнаружи, причемъ подъ нею подкладывали небольшія тампоны изъ корня со полуторохлористымъ желѣзомъ. Такимъ образомъ обнаженная оболочка опухоли была удалена по частямъ при помощи *Secateur de Fergusson*. Каждый разъ когда замѣчалось кровотечение, оно было прекращаемо полуторохлористымъ желѣзомъ. Операція продолжалась около 5 ч. Всѣ лицевыя кости были удалены. Оставлены только самая незначительная ч. *pr. v. ch.* и небная к. той же стороны. Носовыя кости тоже сохранены. Выздоровленіе. Полное возстановленіе здоровья въ теченіи  $2\frac{1}{2}$  л. Осталось небольшое изъязвленіе на срединѣ щеки, что было результатомъ чрезмѣрнаго напруга и истонченія кожи. Всѣ функціи вернулись.

**№ 36. Rose. Lang. Arch. B. 39. 605.**

**P-necrosis.** Удаление обѣихъ верхнихъ челюстей почти *in toto* и сошника. Обширная регенерація твердаго неба, костной носовой перегородки и передней стѣнки. Смерть черезъ 11 л. Рецидива не было. Болѣе точныя данныя отсутствуютъ.

**№ 37. Péan. — Communication de la resection totale des os de la face. Bull. de l'Ac. de Med. de Paris 14/I 1890.**

**Diagnosis: Osteofibroma.** Женщина 22 л. Начало опухолей 9 л. назадъ. Въ 1884 г. резецирована часть нижней ч., которая была первая поражена. Рецидивъ въ лѣвой верхней ч. Въ Ноябрь 1882 г. лицо больной было отвратительно (*hideuse*). Лѣвая в. ч. имѣла объемъ головы новорожденнаго, нижняя ч. раздута,

тоже самое щеки, вѣки и носъ. Полости носа, щекъ и глазницъ также какъ и ноздри были сжаты. Зубные отростки утолщены, зубы слабо держатся и сдвинуты въ сторону. Жеваніе, глотаніе и рѣчь затруднены, зрѣніе ослаблено. Истощенная страданіями, доведенная до ужаса быстрымъ развитіемъ этихъ опухолей, эта молодая женщина умоляла Р. сдѣлать ей операцію. Но чтобы не оставалось ничего подозрительнаго, нужно было удалить 3 челюсти, обѣ скуловыя кости и часть клиновидной. Больная казалась Р. слишкомъ слабой, чтобы перенести такую травму, однако онъ уступилъ ея просьбамъ, предвидя уже и впередъ смертельный исходъ. — Въ 1-й сеансъ 14/XII 88 Р. обнажилъ переднюю поверхность верхнихъ челюстей по обыкновенному его способу: спинное положеніе, шея и туловище приподняты; губка въ *vestibulum oris*, предварительное наложеніе пинцетовъ въ углы рта.

Разрѣзъ по срединѣ губы, спинкѣ и корню носа. Отдѣленіе *Vestibuli oris* и щекъ бистури и ножницами. Изсѣченіе выдающейся поверхности обнаженной теперь опухоли при помощи бистури съ вогнутымъ клинкомъ. Удаленіе другихъ ея частей помощью *Péan'овскихъ* щипцовъ отщипываніемъ отъ периферіи къ центру. При этомъ Р. дѣйствовалъ попеременно то на правой, то на лѣвой сторонѣ для того, чтобы облегчить ассистентамъ остановку кровотечения. Такимъ образомъ были быстро удалены обѣ верхнія ч., обѣ скуловыя кости, крыловидные отростки, глазнично-носовые перегородки и дно глазницъ. Замѣтивъ, что верхняя доля опухоли соединяется съ нижней компактной пластинкой клиновидной кости, Р. резецировалъ ее и къ своему большому изумленію нашелъ малый коренной зубъ, лежащій поперечно въ губчатой ткани. Р. полагаетъ, что эта *Haeterotopia dentalis* и была причиной опухоли. Существованіе такой аномаліи у человѣка вѣроятно еще не имѣло примѣра, между тѣмъ какъ у животныхъ, въ особенности у лошади, она довольно обыкновенна.

Во 2-й сеансъ (6 нед. позже) Р. удалилъ нижнюю ч. по своему обыкновенному способу: разрѣзъ отъ одного угла до другого по нижнему краю, разсѣченіе періоста, разсѣченіе восходящихъ отростковъ *Péan'овскимъ polytritom'омъ*. Удаленіе посредствомъ *morcellement* мягкой массы, занимавшей всю кость. При этомъ Р. открылъ *dens caninus dentitionis secundae*, лежащій поперечно. Эта гетеротопія удивила Р. тѣмъ болѣе, что зубы нижней ч. были всѣ на лицо. Р. полагаетъ, что этотъ зубъ былъ причиной 2-й опухоли.

Послѣдствія этой двойной операціи были благопріятны. Prima. Еще 14 м. послѣ не было рецидива. Геніально устроенный профессорами Парижской зубной школы протезъ возможно удовлетворительно исправилъ обезображиваніе и далъ возможность больной жевать и глотать. Снарядъ этотъ подробно описанъ въ указанной статьѣ Réa'a. Авторъ увѣренъ въ прочномъ выздоровленіи. — Къ статьѣ приложены соотвѣтствующіе рисунки больной и протеза.

**№ 38. А. Бобровъ. Письменное сообщеніе автора. Изъ Моск. факультетск. хирург. клиники.**

Т. М., земледѣлецъ, 44 л., поступилъ 14/XI 93 г. въ клинику съ жалобой на припухлость лѣвой щеки, боль въ ней и въ головѣ, слюнотеченіе и затрудненіе жеванія. St. praes. Припухлость на лѣвой щекѣ занимаетъ область, соотвѣтствующую верхне-челюстной кости и височную область, переходъ припухлости въ сосѣднія ткани совершается безъ рѣзкихъ границъ. Кожа надъ припухлостью воспалительно инфильтрирована, подвижна, багрово-краснаго цвѣта. Въ полости рта замѣчаемъ выступающій обнаженный лѣвый альвеолярный отростокъ съ неровными изъѣденными зубными ячейками. Цвѣтъ его грязно-сѣрый. Вся лѣвая половина слизистой оболочки и надкостницы твердаго неба представляется опущенной внизъ, а край ея, прилегающій къ альвеолярному отростку завернуть внутрь; въ образующуюся этимъ краемъ и альвеолярнымъ отросткомъ щель проходитъ зондъ смтра на 2. Зондъ проходитъ также смтра на 4 между наружной поверхностью обнаженного process. alveolaris и десной. Изъ этой щели выдѣляется гной. Вся омертвѣвшая часть неподвижна. Изъ зубовъ на лѣвой сторонѣ остается 1 рѣзецъ; на другой челюсти зубы расшатаны. Десна рыхлы и кровоточивы. Слизистая оболочка лѣвой половины носа напухла и красна. Во всей больной области ощущается ломящая боль, болитъ и голова. Подчелюстные железы увеличены и уплотнены, особенно и лѣвой стороны. Больной очень исхудалъ. Со стороны внутреннихъ органовъ нѣтъ рѣзкихъ уклоненій отъ нормы. Anamnesis. Больной изъ здоровой семьи; съ 9 лѣтъ сталъ работать на фосфорной фабрикѣ, гдѣ оставался 15 л., все время былъ тамъ здоровъ. До мая 93 г. зубы ему не болѣли, но съ этого времени стали болѣть и послѣдовательно было удалено 7 зубовъ изъ лѣвой верхней челюсти.

Diagnosis. Necrosis maxillae superioris быть можетъ на почвѣ, подготовленной предварительнымъ хроническимъ фосфорнымъ отравленіемъ.

Леченіе. 27/XI резекція: разрѣзъ по Диффенбаху, надкостница легко снялась, вся челюсть удалена; кровотеченіе ничтожное. При операціи найдено, что и часть правой челюсти омертвѣла, эта часть удалена долотомъ. Полость затампонирована іодоформной марлей; швы. Постепенно полость выполнялась грануляціями, но омертвѣніе правой челюсти прогрессировало, что вынудило 18/II 94 г. удалить правую челюсть. Къ 1/V 94 г., дню выписки больного, онъ былъ въ слѣдующемъ положеніи: лѣвая половина полости рта совершенно зарубцевалась, въ правой половинѣ сверху часть височной кости омертвѣла, но секвестръ еще не отдѣлился. Больной жусть размоченный хлѣбъ, котлету. Рѣчь, благодаря отсутствію твердаго неба очень неясна.

**№ 39. W. Koch (Исторія болѣзни въ Юрьевской хирургической клиникѣ).**

Р. N. 36 л. принять 1/94. Отпущенъ 19/II 94. Carcinoma. Р. перенесъ въ 88 г. тифъ и въ дѣтствѣ оспу. 2 м. назадъ явились зубные боли и стала развиваться опухоль на зубномъ отросткѣ в. ч. въ области коренныхъ зубовъ. Опухоль стала распространяться впередъ. 1 м. назадъ замѣтилъ на право подъ угломъ н. ч. опухоль, которая одно время была будто бы съ кулакъ, а затѣмъ уменьшилась.

Status. Средняго роста, хорошаго питанія. На правой щекѣ опухоль, которая простирается до носовыхъ костей, нижнеглазничнаго края и зубнаго отростка; правая половина носа и верхней губы вздуты. Кожа не измѣнена и подвижна. При ощупываніи чувствуется опухоль, сидящая на широкомъ основаніи на в. ч. (flach aufliegender Tumor). Размѣры опухоли: около 4 см. длины и 5 см. ширины. Опухоль неподвижна, твердой консистенціи, поверхность слегка бугриста. — При раскрываніи рта видна опухоль, занимающая всю среднюю часть зубнаго отростка в. ч., который почти разрушенъ. Только въ области рѣзцовъ сохранились его остатки въ формѣ тонкой костной пластинки на передней поверхности опухоли. Опухоль распадается на 2 сильно выдающіяся массы: одна съ орѣхъ величиною занимаетъ область коренныхъ зубовъ справа, другая величиною съ картофель особенно выдается въ полость рта и занимаетъ область рѣзцовъ, лѣвыхъ коренныхъ зубовъ и твердое небо. Опухоль красно-синяго цвѣта, частью одѣта эпителиемъ, частью изъязвлена, имѣетъ бугристую поверхность, кровоточитъ при прикосновеніи, довольно мягка. — Справа у угла нижней челюсти железа съ воложскій орѣхъ. Glan-



dulae jugulares et nasales чувствуются справа и слева. Regio submentalіs свободно. Внутренніе органы нормальны.

Терапія. Полужидкая пища. Промываніе полости рта марганцово-кислым кали.

Операція 11/94. Разрѣзъ по Fergūsson'y. Сначала отдѣленіе правой в. ч. долотомъ. Твердое небо оказалось столь хрупкимъ, что разломалось само собой. Затѣмъ лѣвая щека сильно оттянута на верхъ и лѣвая в. ч. удалена съ внутренней стороны долотомъ, причѣмъ хрящевая перегородка носа сохранена. Горизонтальная и отвѣсная части небныхъ костей оставлены. Довольно значительное кровотеченіе. Перевязка многочисленныхъ вѣтвей art. maxillar. internaе. Шовъ. Тампонада асептическимъ газомъ. Во время операціи два шприца камфорнаго масла для возбужденія силъ пациента. Тампонъ прижимается пальцами.

12/I. Незначительное послѣдовательное кровотеченіе. Ночью спокойный сонъ. Боли въ ранѣ. Перемѣна повязки. Вложенъ іодоформный газъ

13/I. Смѣна повязки. Частое вытираніе рта борной кислотой.

14/I. Смѣна повязки. Больной покинулъ постель.

16/I. Смѣна повязки. Рана начинаетъ гранулировать. Наибольшая  $t^{\circ}$   $38^{\circ}$  12/I. Остальное время  $t^{\circ}$  нормальна.

27/I. Вторая операція. Изсѣченіе раково-перехожденныхъ железъ и угла нижней ч. Удалена группа железъ съ голову ребенка величиною. Железы плотно спаяны между собою, въ серединѣ ясное размягченіе.

28/I веч.  $38^{\circ}$ .

29/I. Общее состояніе хорошо.

2/II. Скопленіе гноя въ полости раны. Удаленіе самыхъ нижнихъ швовъ. Дренажъ.  $T^{\circ}$   $39,5^{\circ}$ .

3/II  $37,8^{\circ}$ .

6/II. Отекъ вѣкъ правой стороны.

14/II. Рубецъ подъ правымъ вѣкомъ и на верхней губѣ втянутъ.

19/II. Отпущенъ какъ выздоровѣвшій съ протезомъ для в. ч.

Справка изъ Рижскаго Военнаго Госпиталя, гдѣ Н. былъ сторожемъ (отъ хирурга Ларіонова). Н. умеръ въ Апрѣлѣ 94 г. (3 мѣс. послѣ операц.) отъ рецидива шейныхъ и подчелюстныхъ железъ. При жизни безобразія не было. Обтураторъ служилъ хорошо. Говорилъ хорошо. Жевалъ и глоталъ твердую и жидкую пищу хорошо. Паралича личныхъ мускуловъ не было.

№ 40. Бобровъ. Изъ Моск. хир. фак. кл. Письменное сообщеніе автора.

Крестьянка Е. К., 63 л. поступила въ клинику 16/II 94 г. съ жалобой на опухоль верхней челюсти. Anamnesis. Съ 32 л. больная часто страдала зубными болями. Въ разное время было удалено 5 зубовъ правой верхней челюсти. За три недѣли до поступленія въ клинику почувствовала сильную зубную боль: полоскала ротъ водкой, при чемъ появлялось кровотеченіе. Вскорѣ больная замѣтила быстро растущую опухоль. St. praes. На верхней правой челюсти опухоль въ голубиное яйцо, краснаго цвѣта, мягкой консистенціи, не болѣзненна, исходить изъ ячеистаго отростка и распираетъ его, такъ что остатки зубовъ уже находятся въ существѣ опухоли и торчатъ изъ нея: 2 съ внутренней стороны, а одинъ съ наружной. Мѣстами сѣровато-грязныя пленки; опухоль легко кровоточитъ. Железы не поражены. За 12 дней пребыванія больной въ клиникѣ опухоль достигла величины куриного яйца.

Diagnosis. Sarcoma maxillae super. Лечение. 28/II подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена была полная резекція правой верхней челюсти; швы; іодоформный тампонъ. Подъ микроскопомъ опухоль оказалась мелкоклѣточной саркомой. На девятый день сняты швы — prima intentio.  $t^{\circ}$  все время нормальна.

24/III на лѣвой челюсти была замѣчена небольшая опухоль, выходящая изъ луночки втораго малаго кореннаго зуба. На шестой день опухоль достигла величины голубиного яйца; свойства такія же, какъ у прежней опухоли.

30/III удалена была лѣвая верхняя челюсть. Теченіе хорошее.

1/V больная выписалась. Полость почти совершенно выполнена. Верхняя губа и хрящевая часть носа подались нѣсколько кзади. Рецидива къ тому времени не было.

№ 41. Verhandlungen d. Deut. Ges. f. Chir. 15. Congr. IV. 86. S. 12. Имя хирурга не обозначено.

P-necrosis. Р. 43 г. съ юности работаетъ на фабрикѣ. 7 л. назадъ удалена вся нижняя челюсть по причинѣ некроза. 1½ г. назадъ удалена вся верхняя челюсть вмѣстѣ съ большей частью лѣвой скуловой кости. Эти части были замѣнены протезомъ. Обезображиваніе исчезло, рѣчь вполне ясна, пациентъ можетъ жевать не слишкомъ твердую пищу.

Нижеслѣдующіе 6 случаевъ взяты мною изъ солидной монографіи Dr. H. Reim'a Ueber doppelseitige Oberkiefertumoren u. d. Erf. ihrer oper. Behandlung. Монографія эта, хотя и выписанная мною вскорѣ послѣ появленія ея (1894), къ сожалѣнію попала въ мои руки, когда ббольшая часть диссертациі была уже напечатана. Она содержитъ, надо думать, всю относящуюся къ дѣлу литературу.

Всѣ 6 случаевъ самымъ лучшимъ образомъ подтверждаютъ положеніе А., высказанное на стр. 22, №№ 43, 44, 46 и 47 находятся въ согласіи съ положеніемъ В.

Рецидивъ констатированъ въ №№ 42 и 47. — Технику операций авторъ оставляетъ безъ вниманія.

#### № 42. Nissen 1862—1864.

Carcinoma. Н. Н. 53 л. Опухоль на правой в. ч. Съ  $\frac{1}{2}$  г. назадъ закупорена правая носовая полость и хроническій катарръ праваго глаза. Правая  $\frac{1}{2}$  лица вздута. Правая глазничная полость уменьшена, ибо дно ея стоитъ выше нормальнаго. Палецъ чувствуетъ въ полости носа твердую опухоль, исходящую повидимому изъ дна и стѣнки ея. На правой сторонѣ pal. dur. бугристая опухоль съ куриное яйцо; консистенція мягкой карциномы. Пункція дала жидкость, содержащую раковыя клѣтки. Удаленіе всей правой в. ч. Опухоль исходила изъ стѣнокъ Гайморовой полости, частью прободая, частью растягивая кость. Черезъ 20 д. пациентъ выписанъ. Черезъ  $1\frac{1}{2}$  г. рецидивъ въ лѣвой в. ч. Удаленіе лѣвой в. ч., послѣ чего больной скоро былъ выписанъ. Впослѣдствіе смерть отъ рецидива.

#### № 43. Canton 1872.

Tumor myeloides. Fibroma. Женщина 35 л. Въ 1864 г. удаленіе л. в. челюсти. Диагнозъ — Myeloidtumor. Въ Юнѣ 1872 Fibroma п. в. чел. Удаленіе правсй в. ч. Черезъ 4 нед. больная вышла изъ госпиталя. 5 м. позже констатировано полное здоровье.

#### № 44. v. Bergmann 1879.

Carcinoma. F. H. 50 л. 15/IX 77. Резекція зубнаго отростка и твердаго неба съ удаленіемъ опухоли изъ Antr. H. и послѣдующимъ прижиганіемъ термокаутеромъ полости. Въ Мартѣ 79 v. Bergmann по случаю рецидива резецировалъ обѣ в. ч. полностью. Выздоровленіе нѣсколько затянулось, но всетаки больной былъ отпущенъ вполне здоровымъ и еще нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операции не было слѣдовъ рецидива.

#### № 45. Witzel. Между 1880—90.

Carcinoma. Полная резекція обѣихъ в. ч. Выздоровленіе. Дальнѣйшихъ свѣдѣній не имѣется.

#### № 46. Trendelenburg 1880.

Fibroma naso-pharyngeale. Мужчина. Опухоль занимала обѣ в. ч. Полная резекція обѣихъ в. ч. — 9 л. позже констатировано полное здоровье.

#### № 47. Krönlein 1884. 28/IV.

Sarcoma. K. J. 31 г. Много лѣтъ зубныя боли. Въ Ноябрь 83 появленіе небольшой мягкой опухоли на зубномъ отросткѣ л. в. челюсти за среднимъ рѣзцомъ. Въ концѣ Декабря легкое вздутіе п. в. челюсти и мѣстныя боли. Съ Марта 84 быстрый ростъ. Область обѣихъ в. ч. сильно вздута. Ихъ альвеолярный отростокъ большею частью превращенъ въ изъязвившуюся опухоль, которая на лѣво простирается до 3 кореннаго зуба, на право до задняго кор. зуба, назадъ далѣе середины твердаго неба. Консистенція твердо-эластичная. Легкое опуханіе подчелюстныхъ и шейныхъ железъ. Полная 2-хъ сторонняя резекція в. ч. Удаленіе нѣсколькихъ подозрительныхъ частей сошника и мягкаго неба. — 17/V 84 выписанъ, какъ здоровый. — X/84. Сплошной рецидивъ колоссальныхъ размѣровъ. Нижняя ч. тоже захвачена. 24/V 85 смерть.

Для болѣе удобнаго обозрѣнія собранныхъ случаевъ я счелъ великимъ расположить ихъ въ нижеслѣдующія таблицы.

№	Возраст м. ж.	Годъ и хирургъ.	Время опер. отп.	Диагн.	Разрѣзъ.	Удаленныя кости.	Результатъ.	Рецидивъ.	Примѣчаніе.	Симптомы.	Прод. леч.	Начало болѣзн.
1	23	J. Heyfelder 1844	23 VII	Carcinoma medullare.	Съ обѣихъ сторонъ на-ружно-боковой.	Объ верхняя челюсти.	Выздоровл. Обезображива-ния нѣтъ. 7-мъ рецид. Рѣчь, глотаніе и смерть 15. Дыханіе х-ое, по-стѣ хороши.	6 м. вполнѣ здоровъ. На 7-мъ рецид. Рѣчь, глотаніе и смерть 15. Дыханіе х-ое, по-стѣ хороши.	Продолжительно-сть операціи 3/4 ч. 3 раза обожорожи. хили. Неспособность къ выживанію. Дыханіе и Реакціи не было. Глотаніе затруднено. Наркозъ въ сидячемъ положеніи. Сильн. боли.	Быстрый ростъ опухоли. Неспособность къ выживанію. Дыханіе и Реакціи не было. Глотаніе затруднено. Наркозъ въ сидячемъ положеніи. Сильн. боли.	32 д.	9 г. на-задъ.
2	55	Diefenbach 1848		Osteosarcoma.	Срединный съ попере-чнымъ между внутр. углами глазъ.	Большая часть обѣихъ вв. чч.	Заживленіе раны съ незначи-тельной обесображива-емъ.		† 14 дней послѣ операціи отъ ап-пексиса.			
3	?	Maison-neuve 1849	1/V	P-necrosis.	Изо рта по-прос. alveol.	Объ вв. чч. безъ lam. orbit.	Выздоровл. Обезображива-ние незна-чительно.		Продолжительно-сть операціи 20 м. Кровотече-ние значительно. Періодъ твердаго неба сохраненъ. Наркозъ въ лежачемъ положеніи.	Сильн. боли. Зловонное истечение изо рта и носа.		2 г. на-задъ.
4	60	Maison-neuve 1850	2 VIII	Cancer.	Срединный съ попере-чнымъ между внутр. углами глазъ.	Объ вв. чч.	Выздоровл. Полное здо-ровье 20 м. послѣ опер. На 23 м. смерть отъ рецидива.		Продолжительно-сть операціи 20 м. Кровотече-ние значительно. Слабый наркозъ въ лежачемъ положеніи.			

5	55	J Heyfelder 1850	21, II	Carcinoma medullare.	Двухсторонний наружно-боковой раз-рѣзъ.	Объ вв. чч.	Выздоровл. Полное здо-ровье 20 м. послѣ опера- ции. На 23 м. смерть отъ рецидива. Рѣчь неясна.	Продолжительно-сть опер. <sup>3</sup> / <sub>4</sub> ч. Кровотечение не- значительно. Исхудание. Сильное послѣдо- вательное крово- течение. Перевязка одной артерин. Наркозъ въ лежа- чемъ полож.	Кровотечен., боли зловон- ное истечен. Исхудание.	9 л. на- задъ. указатель- ная губа
6		Maison- neuve 1850		Carci- noma.	Срединный съ 2-мя горизонтальным по m infra-orbit.	Объ вв. чч.	Выздоровл.		Троекратн. операція.	
7	?	Jüngken 1850		P-necro- sis.	Изо рта.	Объ вв. чч. Правая ску- ловая к.	Выздоровл.	Кровотечение не- значительно. Наркозъ.	Боли, лихо- радка, упадокъ силъ, рѣчь неясна.	2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> г. наз.
8	21	J. Hey- felder 1852	13 VIII	Carci- noma.	Двухсторон- ной наружно- боковой.	Объ вв. чч.	Выздоровл. Годъ послѣ операціи со- вершенно здоровъ. Рѣчь удо- влетворит.	Кровотеченіе. Реакціи не было. Наркозъ въ сидя- чемъ положеніи. Перевязка одной артерин.	Сильн. боли. Зловонное истечение. Поражатель- ный упа- докъ силъ. Рѣчь совер- шенно не- ясна.	12 д. 7 м. на- задъ.

№	Возрастъ. м.   ж.	Годъ и хирургъ.	Время		Диагн.	Разрѣзъ.	Удаленныя кости.	Результатъ.	Рецидивъ.	Примѣчаніе.	Симптомы.	Прод. леч.	Начало болѣзн.
			опер.	отп.									
9	19	Langenbeck 1853	22 II	19 IV	Sarcinoma medullare.	Налѣво : 1) Носовыя кк.; отъ внутр. лѣв. вполнѣ, обезображено угла глаза правая часть вполнѣ. В. ч. тельно. Гло- до угла рта. 2) по прав. лѣв. вполнѣ, тѣмъ и рѣчь infragorb. На- правая по дѣ хороши. право : на- for. infragorb. ружно-бок Vom., os eth.		Выздоровл.		Кровотеченіе не значительно. Нѣ- сколько обморо- ковъ. Наркозъ въ судач. поло- женіи. Нѣсколько дней лихорадка.	Постъднее время бы- стрый ростъ опухоли. Сильн. боли.	58 д.	Са. 8 м. наз.
10	54	Esmarch 1855			Sarcoma medullare	Обѣ вв. чч.		Выздоровл.		Операция въ 2 сро- ка : годъ назадъ удалена правая в. ч. по той же при- чинѣ.			
11	12	Langenbeck 1857	11 VI	1 VII	Osteosarcoma.	Налѣво на- ружно-бок-вполнѣ, пра- вой На пра- вая болѣе тѣмъ хороши. во отъ fossa maxill. до лѣв. скул. к. угла рта. Обѣ носо- выя кк.		Выздоровл.		Кровотеченіе не- значительно. Па- циентъ истощенъ операцией. Нѣ- сколько дней зна- чительно слабость Постъдательное кровоотеченіе. Нар- козъ въ полу-де- жающемъ положеніи.	Дыханіе за- труднено. Сильныя кровоотеченія изъ опухоли	50 д.	7 л. на- задъ.
12	48	J. Heyfelder 1859	34 II		Sarcinoma medullare.	Срединный отъ попере- чн. между углами глазъ.	Обѣ вв. чч.		Выздоровл.	Довольно значи- тельное крово- отеченіи.	Дыханіе за- труднено. Паразител- ное обезо- браживание. Неясн. рѣчь.		3 м. на- задъ.

13	45	Lane 1860	21 IV XI 1861	P-necrosis. albuminosum.	На обѣихъ сторонахъ по Sule nasolabialis.	Объ вв. чч., въ изображеніи Vonn., болѣваніе значительно.	Выздоравливъ въ 22 III. 62.	Годъ послѣ операціи.	Наркозы въ сидѣчемъ положеніи. Кровотеченія до значительнаго затруднены тельно, но ни одной лигатуры. 2 раза рожа.	Дыханіе и глотаніе значительно затруднены	3-4 г. наз.
14	31	Billroth 1861	4 V 31 X XII	P-necrosis.	Черезъ ротъ	Объ вв. чч., въ 3 приема. оги истощенія.	Распространеніе процесса на клиновидн. к., мозгов. нар.		Болн. Зловонное гноеисечение.		4 м на задъ.
15	50	F. Ried	10 XII	Carcinomatousum.	На обѣихъ сторонахъ наружно-оочковой.	Объ вв. чч.	Выздоровл. въ 4 м. послѣ опер. Обезображивающій злобств. Карпизваніе значительно. Глопозъ лимитаніе и рѣчь фатическихъ удовлетворительно. Смерть 3 ч. послѣ оп.	Наркозы въ сидѣчемъ положеніи. Оч. незначительная реакція.	Значительная слабость. Раковые узлы въ области соска и gland. ax.		47 д. 1 г. назадъ.
16	33	Billroth 61, 62, 63		P-necrosis.	Объ вв. чч., въ 3 приема. е. на обезображивающую частью. Рѣчь, глотаніе, жеваніе хороши.	Объ вв. чч., въ 3 приема. е. на обезображивающую частью. Рѣчь, глотаніе, жеваніе хороши.	Нѣсколько разъ.	Многократныя операціи.			1 г. назадъ.
17	35	Dunmreicher 1865	17 VI	P-necrosis.	Объ вв. чч., въ 3 приема. е. на обезображивающую частью. Рѣчь, глотаніе, жеваніе хороши.	Объ вв. чч., въ 3 приема. е. на обезображивающую частью. Рѣчь, глотаніе, жеваніе хороши.	Пневмония. Erysipel. тна 9-й день.	3 г. назадъ извлечена прав. в. ч. ради того же страданія.			

№	Воз- растъ м. ж.	Годъ и хирург.	Время опер.	Диагн.	Разрѣзъ.	Удаленныя кости.	Результатъ.	Рецидивъ.	Примѣчаніе.	Симптомы.	Ирод. лет. болѣзн.
18	16	Langen- beck 1867	15/I	Carci- noma s. Sarcoma? fusiforme.	Наруж.-бок. съ обѣихъ сторонъ. 3-й in plica naso-labial. dextra.	В. ч. справа всѣхъ 2-хъ d. m. pol.	Выздоровл. оп. Рувасіа, безъ 2-хъ d. m. лико.		Слабый наркозъ. Кровотечение не велико. Незнач. ликорадка. натиѣ шиши затруднено.	Частыя кро- воотеченія. Боли. При- натиѣ шиши затруднено.	Зм. на- задъ.
19	42	Podrazky	18 VI	Osteoma	Срединный съ попереч- нымъ по m. infraorb.	Объ вв. чч. † 8 д. постъ оп. Руасіа, Mening sup- pur., Pneumonia.			Продолж. оп. болѣе 1 ч. Наркозъ въ началѣ. Крово- отечение сравни- тельно невелико. По време- намъ боли.	Лѣв. пл. сильно смѣ- щенъ. Упла- докъ ентъ. По време- намъ боли.	30 д. 2г. на- задъ.
20	40	Czerny 1870	22 IX X	P-песго- sis.	Черезъ ротъ	Объ вв. чч., объ скул. кк.	Выздоровл. вѣдѣяніа въ глотаніе и рѣчь хорош.	† 1 м. постъ опер. Trom- bus sinus вслѣдствіе неосторож- ности пад.	Прод. опер. 1 ч. Кровотеч. невелик. Довольно глубокой наркозъ. Реакція незначительна.	Боли, иссу- даніе, зло- вонное гное- теченіе.	1г. на- задъ.
21	36	Carothers 1873	13 VII	Pb-песго- sis.	Наружно-бо- ковой съ по- перечнымъ по m. infra- orb.	Os zyg. sin., pr. pteryg. sin., os max. sup. sin. лико. Рѣчь d. безъ lam. ritельна.	Выздоровл. Обезображи- ваніе не ве- лико. Рѣчь удовлетво- рительна.		Очень сильное кровотеченіе. Пере- вязка 6 вѣтвей ar. facialis. парализъ n. rad.	Гноеотеченіе. Боли. Двух- сторонний парализъ n. rad.	16 м. наз.

22	48	Склиф- совскій 1873	19 IX	Ракъ.	Наружно-бо- ковой раз- рѣзъ съ обѣихъ сто- ронъ.	В. ч. налѣво всѣхъ, направо исключая зуб. отр. съ кор. зубомъ	Выздоровл. Обезображи- ваніе не за- мѣтно. Рѣчь, глотаніе, же- ваніе хо- роши.	На 5 нед. уничтоженъ прижиганіа- ми. 7 м. постъ оп. здоровъ.	Наркозъ. Тренде- ленбург. Кровотеч. оч. значительно. Продолж. оп. 3/4 ч. Реакція незначи- тельна.		2г. на- задъ.
23	51	Estlander 1874	III V	Sarcoma.	Разрѣзъ нетипичный	В. ч. налѣво всѣхъ, направо д. скул. к.	Выздоровл. Обезображи- ваніе не ве- лико.				1г. на- задъ.
24	44	Simon 1875		Epithe- lioma.	Нетипичный.	Объ вв. чч., объ неб. кк., сошникъ, часть рѣш. к., обѣ скул. кк.	Выздоровл. Обезображи- ваніе оч. зна- чительно. Рѣчь и глот- таніе удо- влетворит.	Черезъ 3 м. † 7 м. постъ операции.	Трахеотомія безъ тампона. Глубокой наркозъ. Крово- отеченіе довольно значительно. Продолж. оп. 4 ч. 86 швовъ. Реакція весьма незначит.		Вскрой 1871
25	53	Simon 1875	2/V ко- неч. 2/1871.	Sarcoma globocell.	1) Наружно- боковой съ обѣихъ стор. 2) Срединн.	Объ вв. чч., объ нос. кк., сошникъ, Lam. per. oss. ethmoid.	Выздоровл. Глотаніе хо- рошо.	Черезъ 1 м. † 3 м. постъ опер.	Полный наркозъ въ лежащ. полож. Кровот. невелико. Реакція незнач. Въ концѣ Іюля 2-я оп. для уда- ленія рецидива.	Дыханіе за- труднено.	См. 6 м. наз.
26	37	Ried 1881, 1882		P-песго- sis.	1) Внутрен- но-боковой на лѣво. 2) Съ обѣихъ сторонъ на- ружно-бок. 3) Наружно- бок. справа.	Объ вв. чч. и обѣ скул. кк.	Выздоровл. Обезображи- ваніе значи- тельно. Рѣчь неясна. Глот- таніе хо- рошо.	5 л. постъ опер. еще здоровъ.	Оперированъ 4 р. по причинѣ реци- дивовъ.		3 м. на- задъ.

№	Возраст, к.	Годъ и хирургъ.	Время опер.	Діагн.	Разръзъ.	Удаленныя кости.	Результатъ.	Рецидивъ.	Примѣчаніе.	Симптомы.	Прод. леч.	Начало болѣзн.
27	37	Ried 1871, 1883		P-necrosis.	2 наружно-боковыхъ разръза.	В. ч. справа вся, слѣва большая ч. скулов. к. справа.	Выздоровл. 1 1/2 г. послѣ оп. здорова.	1 1/2 г. послѣ оп. здорова.	Въ 3 пріема удалена большая ч. верх. чел. Черезъ 12 л. удаление остатка п. в. ч. и пр. скул. к.			1867
28	58	Bellamy 1883	4 X	Epithelioma.	Вдоль зубовъ отростка изъ до рта.	Объ вв. чч. Объ вв. чч. до рт. отбит. вѣе незначительно.	Выздоровл. 1 1/2 г. послѣ оп. здорова.	1 1/2 г. послѣ оп. здорова.	Ни одной лигатуры. Кровотечен. от. незначительно. Полный наркозъ.			15 м. наз.
29	65	Lauenstein 1883	6. I; 7. II	Carcinoma.	Слѣва Ferguson. Справа наружно-боковой разръзъ.	Объ вв. чч. Рѣшетчатая к.	Выздоровл. Рѣчь весьма неясна. Глотаніе удивл. (безъ протеза).	Черезъ 3 1/4 г. рецидивъ. Операція, выздоровл. безъ рецидива нѣ-сколькомѣс.	Наркозъ въ лежачемъ положеніи. Tamponement Dr. Michael. Продолжительность опер. 1 1/2 ч.	Реакція по-29 г. 6 нед. наз.		
30	42	Berger 1884		Chondrosarcoma.	По Ferguson	1) П. в. ч. вся. 2) Большая ч. Обезображеніе незначительно.	Выздоровл. 1 1/2 г. послѣ оп. здорова.	Черезъ 3 1/4 г. рецидивъ. Операція, выздоровл. безъ рецидива нѣ-сколькомѣс.	Erysipelas.			1 г. наз.
31	33	Billroth		P-necrosis.	Объ вв. чч. Объ вв. чч. Обезображеніе нѣтъ.	Объ вв. чч. Объ вв. чч. Обезображеніе нѣтъ.	Выздоровл. 5 л. послѣ оп. здорова.	Довольно хорошая регенерация.				2 1/2 г. наз.

32	33	Бобровъ 1884	18 IX	P-necrosis.	Срединный разръзъ 2-мя безъ lam. опереч. vital, обѣими подъ Margo.	Объ вв. чч. Объ вв. чч. Обезображеніе нѣтъ.	Выздоровл.		Наркозъ. Реакція ничтожна. Постъ операц. общее состояніе улучшилось. Черезъ 4 м. т. Мигрирный туберкулезъ.	Типичная картина P-necrosis.		1 1/2 г. наз.
33	49	Braun 85, 87		P-necrosis.	3) Ferguson на обычн. сторонахъ.	Объ вв. чч. Объ вв. чч. Обезображеніе нѣтъ.	Рецидивъ 23. III.	† 23. III.				
34	54	Küster 1886	24 VIII	Scirrhus.	По Ferguson на губе. стор.	Объ вв. чч. Объ вв. чч. Обезображеніе нѣтъ.	Выздоровл. Глотаніе хорошо.	† на 6-й д. Глотаніе х. отравленія суммой?	Tracheot sup. Tampr. Trendelenburg. Наркозъ полный. Кровотечение умеренно. Продолж. опер. 35 м. Довольно сильное послѣдоват. кровотечение.	Затрудненіе дыханія.		Са. 8 м. наз.
35	20	Servais *)		Osteofibroma.	Ferguson.	Всѣ кости лица, исключая самой большой ч. пр. в. чел., и осов. костей и прав. небн. кости.	Выздоровл. Всѣ функции вернулись.	Черезъ 2 1/2 г. еще совершенно здорова.	Лигатура carotis. Операція par. mor. обезображеніе. Кровотеченіе. Глотаніе. Грохадно. затруднено. Продолжител. Сильн. боли. операціи 5 ч.	Значительн. Нѣсколько лѣтъ наз.		
36		Rose		P-necrosis.	Большая ч. Обѣихъ вв. чч. и сошника.	Большая ч. Обѣихъ вв. чч. и сошника.	Выздоровл. прочно.		Хорошая регенерация			

\*) Объ этомъ весьма интересномъ случаѣ помѣщено въ The Medical Press 1877 Fevrier, p. 156, только нѣсколько строчекъ. Повидному операція произведена 1886 г.

№	Возраст, л.	Годъ и хирургъ.	Время опер.	Диагн.	Разрѣзъ.	Удаленная кость.	Результатъ.	Рецидивъ.	Примѣчаніе.	Симптомы.	Прод. леч.	Начало болѣзн.
37	22	Réan 1888	14 XII	Osteo-fibroma.	Срединный разрѣзъ.	Объ вв. чч. объ скул., отр. ртери-анне съ проgoidei, вся тазовъ и нижняя ч.	Выздоровл. Обезображиваніе про-гоidei, вся тазовъ и нижняя ч. удовлетвор.	Черезъ 14 м. еще здорова	Нижняя ч. удаленъ 6 ч. позже первой операци.	Значительн. вѣн. обезображиваніе. Жеваніе, глотаніе, рѣзъ затруднены. Боли. Значительн. истощеніе.		9 л.
38	44	Бобровъ 1893, 1894	27 XI 18/II	Р-негрозис.	Dieffenbach?	Объ вв. чч.	Выздоровл. Безъ протеканія за желаніе и рѣзъ неудовлетворит.		27. XI. Удаленіе лѣв. ч. 18 II 94. Удаленіе пр. в. ч. Кровотеченіе ничтожно.	Типичная картина Р-негрозис.	1/ V 93	
39	36	W. Koch 1894	11/ I 19/ II	Carcinoma.	Fergusson на одной стор.	Лѣв. в. ч. вся. прав. безъ lam. orbit.	Выздоровл. Рѣзъ, жеваніе, глотаніе хороши. Обезображиваніе незначи-тельно.	3 м. постѣ. опер. отъ ка-хексін.	Слабый смѣшанный наркозъ въ сидячемъ полож. Кровотеченіе значительно. Перевязка многихъ артерій. Collapsus при операци.		39 д. 2 м. наз.	
40	63	Бобровъ 1894	28 II 30 III	Мелко-клеточн. саркома.	Не названъ.	Объ вв. чч.	Выздоровл. Обезображиваніе не велико.		Наркозъ. Ргима. Реакціи не было. 28 II. Удаленіе строе разви-прав. в. ч. 30. III. не опухоль. Удаленіе лѣв. в. ч. въ послѣднее время.	Необыкновенно быстрое разви-	1/ V	
41	43	?	?	Р-негрозис.		1) Вся ниж. челюсть. 2) Объ вв. чч. 3) Объ лѣв. скуловой к.	Выздоровл. Обезображиваніе нѣтъ.					

## Л и т е р а т у р а.

1. D. Resect. der Knochen u. eet. v. Dr. Franz Ried. Nürnberg 1847.
2. The Lancet 1862. Vol. I. p. 96.
3. Operationslehre u. Statist. d. Res. v. Dr. O. Heyfelder. Wien 1861.
4. D. Resect. d. Oberkiefers v. Dr. O. Heyfelder. Wien 1861.
5. Oest. Zeitschrift f. pract. Heilkunde 1858. Nr. 47.
6. Amput. u. Resect. v. J. F. Heyfelder. Breslau. Bonn 1854.
7. Archiv f. physiol. Heilkunde 1850. Heft 5, 6.
8. Deutsche Klin. 1850. S. 48, 52, 231; 1853. S. 204. 1856. S. 449.
9. Prag. Vierteljahrsschrift B. XXI.
10. Dieffenbach. Oper. Chir. B. II. S. 46, 49.
11. Maisonneuve Gaz. d. Hôp. 1850 N<sup>o</sup> 97, 100 et p. 510, 385; 1849. p. 218; 1851 p. 116.
12. L. Farabeuf. Опер. Хирург. Тайбера.
13. Robin-Massé Paris Diss..
14. Sellheim. Petersburg. Diss. De res. max. sup. 1860.
15. Michaux. Bull. de l'Ac. de med. de Belg. 1853 Nr. 5.
16. M. Duvall. Strassburg Diss.
17. Eulenburg. Real-Encycl. B. XIV, XVI, 2. Aufl.
18. H. Braun. Lang. Arch. f. klin. Chir. 1876 XIX S. 728.
19. Hüter-Lassen. Spec. Chir.
20. Erichsen. Dasselbe.
21. König. B. I.
22. Tillmans. Spec. Chir.
23. Lang. Arch. B. IV. 586. Nr. 40. Dr. C. Völkers Beitr. z. Stat. d. Amp. u. Res.
24. Id. B. VIII. S. 879.
25. F. Ried. Jenaische Zeitschr. f. Med. u. Naturwissensch. B. 1. 1864. S. 212 u. Tab. VI.
26. Lang. Arch. B. III. S. 293.
27. Lang. Arch. B. I. S. 144.
28. Stromeyer. Chirurgie II. S. 201. 202.
29. Lang. Arch. B. X. S. 77, Nr. 2, 4.
30. G. Haltenhof. Zürich Diss. 1866. De la periostite et de la necr. posph. p. 29 u. Tab. Nr. 8.
31. Hofmohl. Ueber R. d. Ob.- u. Un.-Kiefer. Wien. med. Jahrbücher von Stricker 1871 S. 464 Nr. 29.
32. Rabe. Deut. Zeitschr. f. Chir. B. III. S. 302 Nr. 29.
33. Czerny. Wiener med. Wochenschr. 1875 N. 8, S. 148.

34. J. F. Carothers. The Americ. Journal of the mic. Sciencis Oct. 1875.
35. L. Arch. f. klin. Chir. B. IV. S. 586 Nr. 40.
36. Hadlich. De res. max. sup. Berlin. 1867. Diss. S. 25.
37. Siebert. Jena 1868 S. 24. Diss. Statist. d. Res.
38. Podrazky. Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilkunde XIX Jahrg. 1873. S. 1 u. 17.
29. Michaux. Des resectiones de la mach. sup. M. d. l'Ac. royale de med. de Belgique 1852. T. XII. p. 385.
30. H. H. Bosse. Dorpat. Diss. 1865. Beitr. z. Lehre von d. Res. d. Oberk. S. 51.
31. Lang. Arch. f. klin. Chir. B. X. S. 108.
32. Id. B. V. 471.
33. Id. B. XXV 430.
34. Id. B. XXVII. Ueber Rose's Verfahren.
35. Id. B. XXVIII. Beitr. z. Stat. d. Oberk.-geschwülste v. Dr. Ohlemann.
36. Id. B. XXVIII. S. 598. Ueber Rose's Verfahren.
37. Id. B. XXXIX. P. necrose v. Dr. Haeckel.
38. Dumreicher. Ueber Kieferresect. wegen P-necr. Wochenbl. d. Zeitschr. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien 1865. Sitz. 3. III.
39. Riedinger. Berl. kl. Wochenschr. 1873. 3. Nov. Resect. d. Oberk. mit Erhaltung d. mucös-periost. Ueberzuges.
40. Lang. Arch. f. cl. Chirur. B. XXXIV. Bardeleben. Ueber Ober- u. Unterkieferresect.
41. Id. XXVIII. S. 511. Die permanente Tampon. d. Trachea von Dr. Michael.
42. Lücke u. Rose. Zeitschr. f. Chir. B. I. S. 318.
43. Id. B. III. Dr. Krönlein. Ueber tot. Oberkieferres.
44. Id. B. IX. Dr. Schüller. Ueber d. Trendelenburg.
45. Id. B. 25. S. 405. Wassermann. Beitr. z. Stat. d. Bindegewebstum. d. Kopfes.
46. Id. B. 28. Birnbaum. Beitr. z. Stat. d. Kopfgeschw.
47. Langen. Arch. 24. Rose. Ueber anhaltend tiefe Narcose bei blutigen Mundoperationen.
48. Centralblatt f. Ch. Nr. 13. S. 206. Burow Ref. Zur Oper. am hängend. Kopfe. Aus Berl. kl. W. 1875. Nr. 5.
49. Id. Nr. 48. 1876. B. III. Letievant. De la conservation du nerf. sous orbit. dans la res. de l'os max. sup.
50. Verhandlungen d. Deut. Gesellsch. f. Ch. 15 Congr. April 1886. S. 12. Ueber d. Protese nach d. Res. d. ganzen Oberk.
51. Schmid. Jahrb. 1867. B. 139. S. 129. Warren. Surgical Observations.
51. Berlin. Kl. W. XXV. Nr. 14, 15. Küster's Fall.
52. Schmidt. Jahrb. B. 218. Ref. über denselben Fall.
53. J. A. Estlander's Fall. Nord. med. arz. XI. 4. Nr. 30.
54. Schmidt. Jahrb. B. 188 Ref. über Estlander's Fall.
55. Bellamy's Fall. The Medical Times and. Gazette. Vol. II. 1883. 452.

56. Склифосовский. Лѣт. Хир. Общ. въ М. 1875.
57. Virchow u. Hirsch. Arch. 1876. II. 415 (I) Ref. über den Estlander's Fall.
58. Id. XXIV. 89. II. S. 497. Heusner. Ueber Oberk. resp. mit möglichster Schonung d. Weichtheile.
59. J. Heyfelder. Ueber totale Res. d. beiden Oberkiefer. Stuttgart 1850.
60. Schmauss. Neustadt an d. Aisch. Diss. 1848.
61. Lauenstein. Deut. Med. Wochenschr. 1883. Nr. 46. S. 673.
62. Péan. Bul. de l'Ac. de Med. d. Paris 14. I. 1890.
63. The British Medical Journ. 1894. 5. V.
64. А. Бобровъ. Оперативная хирургія М. 1889.
65. А. Бобровъ. Топограф. анатомія М. 1892 г. I.
66. P. Tillaux. Топограф. анатом. Спб. 1883.
67. K. Bardeleben u. H. Haeckel. Topogr.-anat. Atlas. 1894. Jena.
68. A. Rauber. Anatom. d. Menschen.
69. Ueber doppelseitige Oberkiefertumoren u. d. Erfolg ihrer operativen Behandlg. Von H. Reim. Aus Münchener medic. Abhandlungen. 8. Reihe. 1894.

Finis.



# Положенія.

1. Наличие обѣихъ верхнихъ и нижней челюстныхъ костей не есть необходимое для жизни человѣка условіе.
2. Извлеченіе каріозныхъ зубовъ должно производиться только въ крайнихъ случаяхъ и должно быть замѣнено пломбированіемъ.
3. Весьма желательно организовать при каждой клиникѣ правильное полученіе свѣдѣній о дальнѣйшей судьбѣ якобы излѣченныхъ пациентовъ черезъ извѣстные промежутки времени.
4. Въ интересахъ преподаванія желательно бесплатное лѣченіе пациентовъ въ клиникахъ.
5. Щипцы есть лучший инструментъ для предупрежденія разрывовъ промежности.
6. Система борьбы съ распространеніемъ глазныхъ болѣзней при помощи летучихъ отрядовъ менѣе цѣлесообразна, чѣмъ командированіе земскихъ врачей въ глазныя клиники.

## Опечатки.

Страница.	Строка сверху	снизу	Напечатано :	Слѣдуетъ читать :
5	—	6	больнато	больнаго
5	—	5	указаніи	указаніе
5	—	4	Рear	Рear
8	11	—	напримѣръ	напримѣръ,
9	3	—	лобною	лобною
10	11	—	ниже	ниже
10	20	—	lacrim	lacrim.
11	4	—	тонкую	тонкую
11	15	—	пластинки	пластинки,
11	20	—	иногда	иногда,
11	22	—	facial	facial.
12	1	—	sphenoid	sphenoid.
12	1	—	palatin	palatin.
12	—	16	челюстями	челюстями,
12	—	15	prr	prr.
12	—	6	pars.	pars
12	—	5	prr	prr.
13	16	—	скуловую	скуловою
14	—	6	височной	височной
16	6	—	palat	palat.
16	7	—	maxill	maxill.
16	9	—	go	до
16	9	—	incisiv.	incisiv.,
16	—	10	longitud	longitud.
18	4	—	post.	post.,
18	18	—	изади	кзади
20	3	—	нервы	нервы,
21	—	13	1	1.
22	11	—	таковая	таковая,
23	4	—	Diefenbach	Diefenbach
24	—	6	статьѣ	статьѣ :
27	4	—	„Tamponcanüle“	„Tamponcanüle“,
28	—	16	канюлю	канюлю.
29	13	—	Diefenbach	Diefenbach
33	18	—	слабыя	слабые
33	—	5	(Braun)	(Braun).
33	—	2	недостатки	недостатка
34	14	—	самого	самого
38	19	—	Плоскіе	Плоскія
39	10	—	носа	носа,
40	—	4	спавались	спавали
44	—	2	костныя	костныя
45	9	—	компрессомъ	компрессомъ,
49	—	10	pass	pas.
46	—	7	твердаго и	твердаго, и
47	2	—	нѣсколько	нѣсколькихъ
49	—	19	и по	и на

Стран.	Строки		Напечатано :	Слѣдуетъ читать :
	сверху	снизу		
50	12	—	отуда	оттуда
50	16	—	отдѣлились	отдѣлилась
50	—	20	приведена	проведена
50	—	12	артеріи	артеріи
51	13	—	внизъ,	внизъ ;
51	—	16	паралельно	параллельно
51	—	5	infra orbitale	infraorbitale
54	—	19	твердаго	твердаго, —
54	—	1	полости	полость
55	10	—	каждый	каждый разъ
56	—	2	удалилъ	удалять
57	3	—	желѣзь	железь
57	13	—	превращена	превращены
79	—	19	желѣзы	железы
58	2	—	отростки	отростка
59	—	3	челюсти	челюсть
60	6	—	выдающемсяя	выдающеюся
61	5	—	Желѣзы	Железы
62	—	12	свища	свищей
62	—	2	двухсторонный	двухсторонній
63	—	15	невозжно	невозможно